



**Évaluation des facteurs qui influencent l'intégration de la spiritualité en intervention
chez les travailleurs sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean**

Par Geneviève Gauthier

**Mémoire présenté à l'Université du Québec à Chicoutimi en vertu d'un protocole
d'entente avec l'Université du Québec en Outaouais en vue de l'obtention du grade
Maître ès arts (M.A.) en travail social**

Québec, Canada

© Geneviève Gauthier, 2021

RÉSUMÉ

La spiritualité peut avoir plusieurs impacts positifs sur la santé mentale et physique des individus (Koenig, 2008), être un élément central dans le processus de rétablissement (Holloway et Moss, 2010; Lietz et Hodge, 2013) et constituer un important mécanisme d'adaptation face aux difficultés vécues (Oxhandler et Ellor, 2017). Malgré le fait que les liens entre travail social et spiritualité n'ont pas toujours été harmonieux au Canada (Graham et al., 2007) et que son intégration est parfois empreinte d'inconfort (Oxhandler et Pargament, 2014), l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) reconnaît l'importance de la prendre en compte. Or, nous n'avons aucune donnée québécoise à propos de la propension à l'intégrer dans les interventions menées en travail social. Ce mémoire a comme objectif principal d'évaluer les facteurs (c.-à-d. spiritualité/religiosité personnelle, formation, milieu et contexte de pratique, etc.) qui influencent l'intégration de la dimension spirituelle en intervention chez les travailleurs sociaux (TS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Pour ce faire, cette étude quantitative de nature descriptive emprunte une méthode non probabiliste à l'aide d'un échantillon de volontaires ($N=40$). Un questionnaire en ligne comportant une fiche sociodémographique, trois questions pour mesurer la religiosité/spiritualité personnelle et une version adaptée de l'anglais au français de la *Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale* (RSIPAS) (40 items) a été soumis aux participants. Cet outil mesure quatre composantes : le sentiment d'efficacité personnelle, les attitudes, la faisabilité perçue et la fréquence d'intégration. Les données ont été traitées et analysées à partir du logiciel spécialisé Statistical Analysis System (SAS, version 9). Les résultats indiquent que la propension générale à intégrer la spiritualité varie en fonction du contexte d'intervention ($p=0.040$), où le fait d'œuvrer en santé mentale est associé à une plus grande intégration qu'en contexte de déficience intellectuelle/physique ou en soutien à domicile. L'importance de la spiritualité ($p=0.045$) est également une variable significative : plus celle-ci occupe de place dans la vie personnelle du TS, plus celui-ci la considère dans sa pratique professionnelle. Pour le sentiment d'efficacité personnelle, l'âge ($p=0.0081$) et le nombre d'années de pratique ($p=0.0063$) sont significatifs, tout comme l'importance de la spiritualité ($p=0.0298$) et le degré de religiosité ($p=0.0028$). Quant aux attitudes, elles varient en fonction du genre ($p=0.0324$) où les femmes ont un score significativement plus élevé que les hommes, et en fonction du milieu de pratique ($p=0.0206$), où les intervenants en milieu scolaire ont un score significativement plus élevé que ceux œuvrant au sein d'un organisme communautaire ou dans un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). La faisabilité perçue est influencée par la formation académique ($p=0.0238$), où les TS détenant une maîtrise ont un score plus élevé que ceux détenant un baccalauréat. Enfin, la fréquence d'intégration est influencée par le degré de spiritualité ($p=0.0426$) : plus il est élevé, plus le score obtenu est faible. Ces résultats doivent être interprétés en considérant la principale limite de l'étude, c'est-à-dire le nombre restreint de participants. En dépit de cette considération, ce projet de recherche constitue l'une des seules études utilisant un devis quantitatif pour documenter ce phénomène en contexte québécois. À cet effet, il permet de poser un premier regard sur les facteurs qui influencent la prise en compte de la spiritualité dans les interventions menées en travail social et propose de réfléchir à des moyens de former et de sensibiliser les TS face à cette dimension constitutive de la santé, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des interventions en contexte clinique et dans les milieux de formation académique.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
TABLE DES MATIÈRES	II
LISTE DES TABLEAUX.....	IV
LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS	VI
REMERCIEMENTS.....	VII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 — PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE	4
1.1. LA SPIRITUALITÉ AU SEIN DES SOCIÉTÉS MODERNES	5
1.2. LES EFFETS DE LA SPIRITUALITÉ SUR LA SANTÉ	7
1.2.1. <i>Les impacts positifs</i>	7
1.2.2. <i>Les impacts négatifs</i>	9
1.2.3. <i>Les mécanismes d'adaptation spirituels/religieux</i>	10
1.2.4. <i>Les liens entre santé et spiritualité</i>	11
1.3. L'INTÉGRATION DE LA SPIRITUALITÉ EN TRAVAIL SOCIAL.....	13
1.4. L'INTÉGRATION DE LA SPIRITUALITÉ CHEZ LES TRAVAILLEURS SOCIAUX QUÉBÉCOIS.....	14
1.5. LA PERTINENCE DE LA RECHERCHE.....	16
CHAPITRE 2 — RECENSION DES ÉCRITS	18
2.1. L'INTÉGRATION DE LA SPIRITUALITÉ EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	18
2.2. LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRISE EN COMPTE DE LA SPIRITUALITÉ EN TRAVAIL SOCIAL	20
2.2.1. <i>Les facteurs associés à l'intervenant</i>	20
2.2.1.1. La religiosité personnelle, les croyances et les pratiques spirituelles du TS	20
2.2.1.2. La formation antérieure	22
2.2.1.3. Les attitudes.....	23
2.2.1.4. Les variables sociodémographiques	24
2.2.2. <i>Les facteurs externes à l'intervenant</i>	28
2.2.2.1. Le contexte historique et socioculturel.....	28
2.2.2.2. Le contexte de pratique	31
2.2.3. <i>Les facteurs cliniques facilitant et entravant l'intégration de la RS dans la pratique</i>	31
2.3. LES ENJEUX ÉTHIQUES ET INTERPROFESSIONNELS	32
2.4. LES FORCES ET LES LIMITES DES ÉCRITS RECENSÉS	34
CHAPITRE 3 — CADRE THÉORIQUE.....	36
3.1. DÉFINIR LA RELIGION ET LA SPIRITUALITÉ.....	36
3.1.1. <i>Du particulier versus l'universel à l'exprimable versus l'inexprimable</i>	37
3.1.2. <i>Le caractère variable et évolutif de ces définitions</i>	38
3.1.3. <i>Vers une définition ouverte et continue de la religion et la spiritualité en travail social</i>	39
3.1.4. <i>La religion et la religiosité</i>	40
3.2. L'OPÉRATIONNALISATION DE LA DÉFINITION DE LA SPIRITUALITÉ ET DE LA RELIGION	43
3.3. LES DIMENSIONS DE LA RSIPAS	44
3.3.1. <i>Le sentiment d'efficacité personnelle</i>	46
3.3.2. <i>Les attitudes</i>	47
3.3.3. <i>La faisabilité perçue</i>	47
3.3.4. <i>Les comportements d'intégration</i>	48
CHAPITRE 4 — MÉTHODOLOGIE	49
4.1. LES OBJECTIFS DE RECHERCHE	49
4.2. LE TYPE D'ÉTUDE.....	50

4.3.	LA POPULATION	51
4.4.	LA STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE ET L'ÉCHANTILLON	51
4.5.	LES OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES	52
4.5.1.	<i>Le questionnaire sociodémographique</i>	53
4.5.2.	<i>Les questions pour mesurer la spiritualité et la religiosité</i>	53
4.5.3.	<i>La Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale</i>	54
4.6.	LE DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE.....	55
4.6.1.	<i>Volet 1 : L'adaptation de la Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale</i>	55
4.6.1.1.	Étape 1 : Traduction préliminaire.....	57
4.6.1.2.	Étape 2 : Méthode de consensus.....	57
4.6.1.3.	Étape 3 : Évaluation prétest.....	61
4.6.2.	<i>Volet 2 : L'administration des questions</i>	63
4.7.	LE TRAITEMENT ET L'ANALYSE DES DONNÉES.....	63
4.7.1.	Modélisation : modèles globaux et modèles réduits	64
4.7.2.	Évaluation de la cohérence interne de la traduction française.....	65
4.8.	LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	67
CHAPITRE 5 — PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....		68
5.1.	LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON.....	68
5.1.1.	<i>Les caractéristiques sociodémographiques</i>	68
5.1.2.	<i>Le niveau de religiosité et l'importance de la spiritualité des participants</i>	69
5.1.3.	<i>Les scores obtenus à la RSIPAS</i>	71
5.1.4.	<i>La fréquence des réponses aux énoncés</i>	72
5.2.	LES FACTEURS PRÉDICTIFS DE L'INTÉGRATION DE LA SPIRITUALITÉ EN INTERVENTION	73
5.2.1.	<i>Modèles individuels du score total à la RSIPAS</i>	73
5.2.2.	<i>Modèles global et réduit pour le score total à la RSIPAS</i>	75
5.2.3.	<i>Modèles prédictifs des quatre sous-échelles</i>	77
5.3.	ASPECTS QUALITATIFS.....	88
5.4.	<i>Constats généraux</i>	89
CHAPITRE 6 — DISCUSSION		90
6.1.	LES FACTEURS QUI INFLUENCENT L'INTÉGRATION DE LA SPIRITUALITÉ	90
6.1.1.	<i>La propension générale à intégrer la spiritualité à partir du score total</i>	91
6.1.2.	<i>Le sentiment d'efficacité personnelle</i>	96
6.1.3.	<i>Les attitudes positives</i>	100
6.1.4.	<i>La faisabilité perçue</i>	103
6.2.	LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ÉTUDE	104
6.3.	RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES	106
CONCLUSION.....		110
RÉFÉRENCES.....		114
ANNEXE 1.....		130
ANNEXE 2.....		134
ANNEXE 3.....		141
ANNEXE 4.....		142
ANNEXE 5.....		145

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS D'ÉTUDES PORTANT SUR LES VARIABLES SIGNIFICATIVEMENT ASSOCIÉES À L'INTÉGRATION DE LA SPIRITUALITÉ EN INTERVENTION	26
TABLEAU 2. DÉFINITIONS DE LA SPIRITUALITÉ RECENSÉES	40
TABLEAU 3. COMPARAISON DES DÉFINITIONS DE LA SPIRITUALITÉ	45
TABLEAU 4. COMPARAISON DU COEFFICIENT DE CRONBACH, DU SCORE MOYEN ET DE L'ÉCART-TYPE DE LA RSIPAS ADAPTÉE EN FRANÇAIS ET DE L'ORIGINAL	66
TABLEAU 5. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS	70
TABLEAU 6. APPARTENANCE RELIGIEUSE, RELIGIOSITÉ ET SPIRITUALITÉ DES PARTICIPANTS	71
TABLEAU 7. SCORES OBTENUS À LA RSIPAS	72
TABLEAU 8. MOINDRES CARRÉS MOYENS DE LA VARIABLE CONTEXTE DE PRATIQUE SUR LE SCORE TOTAL	74
TABLEAU 9. RÉSULTATS DES TESTS F DE CHAQUE MODÈLE INDIVIDUEL EN FONCTION DU SCORE TOTAL À LA RSIPAS	74
TABLEAU 10. VALEURS ESTIMÉES DU SCORE TOTAL À LA RSIPAS POUR LE MODÈLE GLOBAL	75
TABLEAU 11. VALEURS ESTIMÉES POUR LES VARIABLES SIGNIFICATIVES AU SEP DU MODÈLE GLOBAL	78
TABLEAU 12. MOINDRES CARRÉS MOYENS SEP EN FONCTION DE LA FORMATION ANTÉRIEURE	78
TABLEAU 13. MOINDRES CARRÉS MOYENS DES VARIABLES FORMATION ANTÉRIEURE, MILIEU ET CONTEXTE DE PRATIQUE POUR LE SEP	80
TABLEAU 14. VALEURS ESTIMÉES POUR LES VARIABLES SIGNIFICATIVES AU SEP DU MODÈLE RÉDUIT	81
TABLEAU 15. MOINDRES CARRÉS MOYENS POUR LES VARIABLES SIGNIFICATIVES AUX ATTITUDES	83
TABLEAU 16. MOINDRES CARRÉS MOYENS POUR LES VARIABLES SIGNIFICATIVES À LA FAISABILITÉ PERÇUE ..	85
TABLEAU 17. VALEURS ESTIMÉES POUR LES VARIABLES SIGNIFICATIVES À LA FRÉQUENCE	86
TABLEAU 18. MOINDRES CARRÉS MOYENS DU CONTEXTE D'INTERVENTION À LA FRÉQUENCE D'INTÉGRATION	87

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. LA SPIRITUALITÉ ET LES THÈMES ASSOCIÉS À PARTIR DE LA DÉFINITION DE LA CANADIAN SOCIETY FOR SPIRITUALITY AND SOCIAL WORK (2020B).....	43
FIGURE 2. PROCESSUS DE TRADUCTION CULTURELLE DE LA RSIPAS	62
FIGURE 3. ANALYSE DE L'HOMOGÉNÉITÉ DE LA VARIANCE DES RÉSIDUS ET DE NORMALITÉ POUR LE MODÈLE GLOBAL DU SCORE TOTAL	76
FIGURE 4. ANALYSE DE L'HOMOGÉNÉITÉ DE LA VARIANCE DES RÉSIDUS ET DE NORMALITÉ POUR LE MODÈLE SEP	79
FIGURE 5. ANALYSE DE L'HOMOGÉNÉITÉ DE LA VARIANCE DES RÉSIDUS ET DE NORMALITÉ POUR LE MODÈLE RÉDUIT DU SEP	81
FIGURE 6. ANALYSE DE L'HOMOGÉNÉITÉ DE LA VARIANCE DES RÉSIDUS ET DE NORMALITÉ POUR LE MODÈLE GLOBAL ATTITUDES.....	83
FIGURE 7. ANALYSE DE L'HOMOGÉNÉITÉ DE LA VARIANCE DES RÉSIDUS ET DE NORMALITÉ POUR LE MODÈLE GLOBAL FAISABILITÉ PERÇUE	85
FIGURE 8. ANALYSE DE L'HOMOGÉNÉITÉ DE LA VARIANCE DES RÉSIDUS ET DE NORMALITÉ POUR LE MODÈLE GLOBAL FRÉQUENCE D'INTÉGRATION.....	87
FIGURE 9. COMPARAISON DES SCORES OBTENUS À LA RSIPAS.....	91

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVSEC	Animateur·rice·(s) de vie spirituelle et d'engagement communautaire
CCPARDC	Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles
CER	Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
CHSLD	Centre d'hébergement de soins longue durée
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CSR	Coping spirituel/religieux
CSSSW	Canadian Society for Spirituality and Social Work
EBP	Evidence-Based Practice
EBPPAS	Evidence-Based Practice Process Assessment Scale
ISS	Intervenant·e·(s) en soins spirituels
LC	Langue cible
LS	Langue source
OPQ	Office des professions du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
RS	Religion(s) et spiritualité(s)
RSIPAS	Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale
SAS	Statistical Analysis System
SEP	Sentiment d'efficacité personnelle
SLSJ	Saguenay–Lac-Saint-Jean
TS	Travailleur(s) social(aux)/Travailleuse(s) sociale(s)
UQAC	Université du Québec à Chicoutimi
VD	Variable dépendante
VI	Variable indépendante

REMERCIEMENTS

Ce travail est le fruit d'un cheminement inattendu, celui d'un changement de direction qui s'est entamé il y a déjà trois ans. De la passion des mots est née la nécessité d'aller à la rencontre de celles et ceux qui leur donnent un sens, de leurs histoires, de leur sensibilité, pour y redécouvrir à chaque fois la profondeur et la singularité de l'expérience humaine.

Mes premiers remerciements vont à ma direction de recherche : la professeure Christiane Bergeron-Leclerc pour sa bonne humeur, sa rigueur, sa sensibilité et sa disponibilité; le professeur Éric Pilote pour ses réflexions, sa sagesse et son ouverture. À tous les deux, votre confiance et votre humanisme m'ont donné ce dont j'avais besoin pour m'épanouir dans chacune des étapes de la réalisation de ce mémoire. Je partage ces pages avec vous.

Je pense à mon complice de tous les instants, Jérémy. Merci pour ta présence, ton implication, pour les rires et pour ton amour. Ta lumière m'inspire et me rend meilleure. Pour toutes les aventures qu'on a vécues et pour celles à venir, merci.

Et il y a ma famille, véritable ancrage où l'amour est sans condition. Merci à ma mère, Nancy, pour ta bienveillance et tes mots qui savent guérir tous les maux. Merci à mon père, Johnny, toi qui m'as transmis ta curiosité intellectuelle et ta passion de toujours continuer à apprendre. Merci à ma sœur Éli, pour ton soutien lors de nos conversations nocturnes remplies d'humour et de réconfort. Tu es pour moi source de courage et de détermination.

Merci à Anick, ma mentor devenue amie, pour ton écoute et pour tes conseils : comme le dit si bien Éluard, notre rencontre n'était pas un hasard, c'était un rendez-vous. Une petite pensée pour les *T.S. Girls* : naviguer avec vous à travers tout ce que comporte un changement de profession fut un bonheur sincère. Après tout ce millage, je nous dis : santé !

Un merci particulier aux organismes qui ont soutenu financièrement la réalisation de ce mémoire à travers l'octroi de bourses : Mitacs pour la Bourse de formation à la recherche, le Fonds de développement de l'Université du Québec à Chicoutimi (Industrielle Alliance et Sœurs de la Congrégation de Notre-Dame), la Fondation de l'Université du Québec ainsi que la Fondation Desjardins.

Je ne pouvais passer sous silence l'impact qu'ont eu les professeures Ève Pouliot et Danielle Maltais dans mon parcours : merci de m'avoir transmis votre passion de l'être humain et de la recherche scientifique.

Je tiens par ailleurs à remercier M. David Emond pour sa précieuse contribution aux analyses statistiques.

Enfin, merci à toutes les travailleuses sociales et à tous les travailleurs sociaux qui ont pris le temps de participer à cette étude. Le dépôt de ce mémoire marque mon entrée dans cette profession profondément humaine et bienveillante dont vous portez fièrement les valeurs ; comme quoi toutes les fins s'ouvrent vers de nouveaux commencements.

INTRODUCTION

L'articulation des liens entre santé et spiritualité chez l'humain remonte à très loin (Astrow et al., 2001; Koenig et al., 2012; Simard, 2006) où, très souvent, les personnes qui avaient comme rôle de prodiguer des soins pratiquaient à la fois des rituels spirituels et médicaux (Schumann et al., 2011; Swart, 2017). Loin d'être statiques, les relations entre ces deux concepts se transforment d'une époque et d'une société à l'autre (Astrow et al., 2001), adoptant différentes formes et significations. Historiquement, il est généralement reconnu que le travail social a été influencé par des traditions spirituelles et religieuses (Bhagwan, 2010; Canda et al., 2019; Hill et Donaldson, 2012; Khalid, 2006b; Verba et Guélamine, 2014; Weil et Gamble, 1995) et par des valeurs sous-jacentes à plusieurs de ces traditions comme la justice sociale, la dignité humaine et l'altruisme (Larsen et Rinkel, 2016). La profession s'est cependant transformée parallèlement au mouvement de sécularisation et à l'expansion de l'importance des sciences à travers la modernité, notamment à travers l'émergence de différents courants comme le béhaviorisme, le freudisme et le marxisme qui se méfiaient de la spiritualité et la confondaient avec la religion (Canda, 2013).

Or, depuis une vingtaine d'années, les écrits concernant la prise en compte de la spiritualité en intervention sociale ont connu une croissance importante (Carlisle, 2015), cet aspect étant appelé à être davantage étudié à l'échelle internationale (Graham, 2006). Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ce nouvel élan pour l'étude de la spiritualité en tant que dimension constitutive de la santé de l'être humain. Certains attribuent cet intérêt à la déshumanisation et à la dépersonnalisation des soins de santé

résultant des efforts mobilisés pour accomplir différents objectifs cliniques dans une perspective de soins efficaces et rentables (Seinfeld, 2012). D'autres relèvent que ce phénomène est plutôt mis de l'avant à la lumière des limites de la médecine moderne et des résultats d'études qui illustrent les bienfaits de la spiritualité sur la santé (Astrow et al., 2001). Jusqu'à présent, ce serait plus de 3000 études empiriques et revues systématiques qui auraient été publiées en lien avec les relations entre la spiritualité et la santé (Oman, 2018). En ce sens, on constate un nombre croissant de questions concernant l'intégration de la spiritualité au sein de différentes professions du domaine de la santé (Koenig et al., 2001; Oxhandler et Parrish, 2018) dont la profession de travail social (Canda et al., 2019; Holden, 2012). À cet égard, la très grande majorité des écrits sur ce sujet provient de contextes anglo-saxons, principalement des États-Unis et du Royaume-Uni (Crisp, 2019). Nous ne retrouvons que très peu de données probantes sur ce sujet en contexte francophone et les informations dont nous disposons nous indiquent que l'intégration de la spiritualité en intervention sociale est « souhaitée, mais limitée » (Cherblanc et al., accepté). C'est dans ce contexte où nous ne possédons que très peu de données sur les particularités des pratiques et des enjeux d'intégration de la spiritualité en contexte québécois que s'inscrit notre étude.

Ce mémoire se divise en six chapitres. Le premier fait état de la problématique à l'étude, en déclinant les aspects propres à la spiritualité au sein des sociétés modernes, des effets de la spiritualité sur la santé et sur la prise en compte de la spiritualité en travail social chez les travailleurs sociaux québécois. Le deuxième chapitre recense les principaux écrits en lien avec les facteurs associés à l'intégration de la spiritualité chez les travailleurs sociaux, mettant en lumière les enjeux éthiques et interprofessionnels qui peuvent émerger ainsi que les forces et les limites des études actuelles. Le troisième chapitre permet ensuite d'étayer

les principales assises théoriques qui contribuent à théoriser et à opérationnaliser la notion de spiritualité et les concepts sous-jacents à l'échelle de mesure *Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale* (RSIPAS). Le quatrième chapitre aborde les aspects d'ordre méthodologique propres à notre étude, en faisant état notamment des objectifs, des outils de collecte de données ainsi que du déroulement de la recherche. Dans le cinquième chapitre, les caractéristiques de l'échantillon sont présentées, suivies des facteurs prédictifs de l'intégration de la spiritualité en intervention sociale. Enfin, le sixième chapitre met en lien les différents résultats obtenus afin de permettre la formulation de réflexions scientifiques, de recommandations et de perspectives cliniques quant à l'intégration de la spiritualité en travail social.

CHAPITRE 1 — PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE

Depuis la Charte de Bangkok visant à reconnaître les meilleures pratiques en promotion de la santé, l'Organisation des Nations Unies reconnaît la spiritualité comme une dimension à part entière de la santé d'une personne déclarant que « la promotion de la santé repose sur ce droit de l'homme essentiel et offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de la vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel » (van Steenberghe et St-Amand, 2006, p. 87). Pujol et al. (2014, p. 75) mettent en lumière l'apport important de l'infirmière et travailleuse sociale Cicely Saunders, pionnière dans le domaine des soins palliatifs, qui a, « dans les années 1960, fait de la spiritualité une dimension à part entière de la personne souffrante ». À cette époque, Saunders a milité pour la reconnaissance des différentes dimensions de la souffrance (physique, sociale, spirituelle) dans son appel à la prise en compte de ce qu'elle a appelé la « souffrance totale » (Saunders, 1964, p. viii). Plus récemment, Pereira (2007) insiste sur le fait que l'accompagnement des personnes devrait considérer toutes les dimensions constitutives de l'être humain, soit les aspects physique, psychologique, social et spirituel. Ce souci de la prise en compte de la dimension spirituelle se reflète dans les réflexions actuelles du modèle de soins de santé. À cet égard, Roachat et al. (2015, p. 2055) soulignent que « le modèle classique qui voit la santé comme un état de bien-être physique, psychique et social a récemment aussi intégré la dimension spirituelle », la souffrance spirituelle étant souvent négligée (Burucoa, 2009). La spiritualité ainsi considérée est conceptualisée comme une dimension inhérente à la santé de chaque être humain, qui l'amène notamment « à [se] définir en tant qu'être-en-relation, avec

soi, avec les autres et avec l'Autre¹ [,] l'Autre étant toute entité qui [le] dépasse, selon [ses] croyances ou [ses] convictions » (Dupont, 2006, p. 174). Dans cette optique, toute personne est considérée comme ayant une spiritualité, celle-ci pouvant être vécue de façon religieuse ou non (Canda, 2013). Ainsi, les prochaines sections traiteront de la spiritualité au sein des sociétés modernes, mais aussi des effets de la spiritualité sur la santé des individus. Ces présentations mèneront à un survol de la considération de la spiritualité en travail social en contexte québécois pour conclure avec les éléments qui justifient la pertinence de la présente étude.

1.1. La spiritualité au sein des sociétés modernes

Au sein des sociétés occidentales modernes, on observe une popularisation du concept de spiritualité qu'il est possible de mettre en lien avec la sécularisation, notamment comme « deux alternatives, en lien l'une avec l'autre, à la religion institutionnalisée » [traduction libre] (Van der Veer, 2009, p. 1097). Cette « alternative » tend à démontrer une nécessité de distinguer la spiritualité et la religion, incarnée par la formule de plus en plus utilisée par les gens qui consiste à se considérer comme « spirituel, mais non religieux » (Wixwat et Saucier, 2020). En ce sens, Bisson (2012, p. 1) apporte un éclairage intéressant sur l'évolution de la définition de la spiritualité au sein de ce qu'il nomme l'ultramodernité :

Les derniers mouvements de la sécularisation [...] ont très largement ouvert [la spiritualité] au domaine « profane ». Ainsi, l'émergence d'une « spiritualité athée » ou encore d'une « spiritualité laïque » traduit non seulement la volonté

1 « L'Autre » fait ici référence à la dimension transcendante de la spiritualité. Celle-ci peut prendre plusieurs formes. On peut retrouver, par exemple : les figures spirituelles personnalisées ou définies (êtres célestes, dieux, entités, etc.), les éléments qui existent hors de l'être humain (la nature, les saisons, les animaux, le temps, les métaphores, etc.), les principes (la justice, l'égalité, etc.) ou les convictions (les conceptions du bien versus le mal). Il s'agit en fait de la dimension qui témoigne de ce qui échappe à la considération habituelle et dans laquelle l'individu sent qu'il communique ou qu'il participe.

de se détacher des grandes institutions religieuses, mais aussi le souhait de se situer en dehors de toute croyance en Dieu.

Malgré ce désir de s'éloigner des formes institutionnelles traditionnelles, Rosselet et Neuve (2002, p. 175) soulignent que « [l'] éclosion de la spiritualité dans [nos] société[s] est [...] [un] bon indicateur d'une aspiration profonde de l'humain au dépassement de la matérialité et du "tout scientifique" ». Ces auteurs mentionnent également que la spiritualité peut être comprise « comme [cette] ouverture de l'être humain à une dimension qui le dépasse tout en l'incluant, et qui, par conséquent, le décentre et l'élargit » (Rosselet et Neuve, 2002, p. 175). À cet égard, on retrouve dans les différentes professions de la relation d'aide un désir de « mettre en lumière les multiples façons dont la spiritualité impacte les individus, la société et le monde » (Canda et al., 2019, p. 4), en portant un regard sur les façons diverses dont elle se manifeste.

Pour l'instant, le terme spiritualité sera utilisé en considérant que celle-ci peut prendre la forme de la religion, sans toutefois s'y limiter. Tout en tenant compte de la variabilité et des similarités que peuvent évoquer la notion de spiritualité et celle de religion, ces deux termes seront employés de façon à refléter ceux utilisés dans les travaux ciblés. Par conséquent, ces deux concepts peuvent être considérés comme interchangeables. La spiritualité sera définie comme englobant les notions de « recherche de sens, de but, de moralité et de bien-être de l'humain dans les contextes de relations à soi, à l'autre, à l'univers et à la réalité ultime » [traduction libre] (Canda, 2013, p. 2). Pour ce qui est de la religion, il sera considéré qu'elle prend la forme d'un « cadre pour un système de croyances, de valeurs, de codes de conduite et de rituels » [traduction libre] (King et al., 2001, p. 1015). Le chapitre

3 permettra de définir avec davantage de profondeur et de nuances les concepts de spiritualité et de religion.

1.2. Les effets de la spiritualité sur la santé

La spiritualité a été identifiée par différentes recherches comme un facteur de protection et comme pouvant constituer un élément central dans le processus de rétablissement (Brown et al., 2013; Holloway et Moss, 2010; Koenig, 2008; Kvarfordt et Sheridan, 2009; Lietz et Hodge, 2013). Celle-ci apparaît notamment pour plusieurs personnes comme un élément inhérent au processus de rétablissement d'un évènement traumatique (O'Grady et al., 2016), associant ainsi certains processus de résilience à la spiritualité (Peres et al., 2007). La spiritualité peut influencer les décisions médicales prises par les personnes (Oxhandler et Pargament, 2014) et peut également influencer leurs choix et l'observance des traitements (Koenig, 2012). Considérant qu'elle est multidimensionnelle (Saad et de Medeiros, 2021), certains éléments associés à la spiritualité peuvent avoir un impact positif sur la santé des individus, alors que d'autres peuvent avoir un impact négatif.

1.2.1. Les impacts positifs

La spiritualité peut influencer positivement la santé des personnes. La revue systématique d'études empiriques effectuée par Koenig (2012) met en lumière les recherches portant sur les relations entre la religion/spiritualité (RS) et la santé effectuées entre 1872 et 2010. L'auteur y fait état des différentes relations positives et négatives de la RS sur la santé mentale et physique. En somme, on compte parmi les relations positives de la RS sur la santé

mentale les éléments suivants : le bien-être, le bonheur, l'espoir, l'optimisme et la gratitude (Koenig, 2012). De plus, les études empiriques recensées par Koenig (2012) mettent en évidence que les personnes qui ont des croyances spirituelles² sont moins susceptibles de vivre différentes problématiques comme la dépression, le suicide, l'anxiété, la psychose, l'abus de substances, la délinquance ou le crime et l'instabilité conjugale. Ce serait cette relation entre RS et santé mentale qui aurait conséquemment des effets sur la santé physique des personnes sur le plan, notamment, des maladies coronariennes, de l'hypertension et de la maladie d'Alzheimer (Koenig, 2012). La RS constituerait par ailleurs une ressource positive pour les personnes ayant vécu des catastrophes technologiques ou naturelles (Aten et al., 2019). La spiritualité serait également associée à un moins grand nombre de symptômes face à des stressseurs cardiovasculaires, laissant présager qu'elle agirait comme un prédicteur de la santé cardiovasculaire (Edmondson et al., 2005). De plus, les croyances spirituelles peuvent fournir un soutien émotionnel et social à la personne, ce qui peut avoir des effets positifs sa santé, en réduisant, entre autres, les comportements qui peuvent la mettre à risque (abus de substances, comportements violents, etc.) (George et al., 2000; Jones, 2004). Ainsi, les individus avec un plus grand niveau de bien-être spirituel pourraient observer une augmentation de leur bien-être et une diminution des problématiques de santé mentale, émotionnelle et physique (Brown et al., 2013).

² Les croyances spirituelles peuvent prendre différentes formes, comme une foi profonde ou des croyances en une entité plus grande et en des fondements. Elles peuvent également être en lien avec des pratiques spirituelles comme la méditation ou la prière.

1.2.2. Les impacts négatifs

À l'inverse, la spiritualité peut également avoir des impacts négatifs sur la santé des personnes. Elle a notamment le potentiel de blesser, d'exploiter les désillusions et de décevoir (Koenig et al., 2012) ou d'être associée à des stratégies négatives d'adaptation (Pargament, 2011). À cet égard, elle peut être source de conflits intérieurs et créer différentes formes de détresse (Exline et Rose, 2013). C'est le cas par exemple dans les situations où une personne a le sentiment d'être punie ou abandonnée par Dieu ou une entité plus grande qu'elle-même. Ce type de tension peut affecter l'état de santé mentale de façon négative (Rippentrop et al., 2005) et ne devrait pas être négligé lors du processus de relation d'aide. Par ailleurs, des émotions telles que la culpabilité (Hall et al., 2004) et la colère (Rippentrop et al., 2005) en lien avec une réalité spirituelle ou religieuse ont été identifiées comme des aspects pouvant nuire à la personne et à son fonctionnement. La RS peut, dans certains cas, représenter une façon de justifier la haine, les agressions, les préjudices et l'exclusion des autres ; une façon de prendre du pouvoir et de contrôler des individus plus vulnérables ou encore mener à l'anxiété, la peur ou à un sentiment excessif de culpabilité (Koenig, 2012). La réalité apparaît par conséquent beaucoup plus complexe que le fait d'affirmer que la spiritualité peut être « bonne » ou « mauvaise » pour la personne. Devant ce constat, il apparaît fondamental d'avoir une perspective nuancée sur les impacts de la spiritualité sur la santé (Aldwin et al., 2014) et d'avoir une meilleure compréhension des mécanismes d'adaptation liés au spirituel.

1.2.3. Les mécanismes d'adaptation spirituels/religieux

Les mécanismes d'adaptation spirituels/religieux, communément appelés le coping spirituel/religieux (CSR), réfèrent « à la façon, pour un individu, d'utiliser des conceptions spirituelles/religieuses personnelles pour réduire la détresse émotionnelle causée par différents évènements de vie, comme le changement ou la perte d'un être cher » [traduction libre] (Saad et al., 2017, p. 2). Wachholtz et al. (2007, p. 312) mettent en évidence que le CSR est « une variable multidimensionnelle qui inclut un éventail de stratégies qui peuvent fonctionner pour réduire la détresse et pour générer des solutions à des problèmes ou à des stressors vécus par l'individu » [traduction libre]. Il s'agit en fait de considérer que les croyances, les attitudes ou les pratiques spirituelles peuvent donner un sens à la souffrance, la rendant ainsi plus facile à gérer. À ce titre, il est important de souligner que les pratiques spirituelles « sont inévitablement sociales, parce qu'elles reposent ultimement sur des ressources fournies par d'autres » [traduction libre] (Wuthnow, 1998, p. 181) et que, par conséquent, les mécanismes de CSR le sont aussi. On peut penser, par exemple, à ce qui touche au soutien social, à la littérature ou aux discours concernant la façon d'appréhender une situation. La spiritualité comporte à la fois une base sociale et une dimension sociale (Paloutzian et Park, 2014) qu'il est essentiel de considérer. En ce sens, Saad et al. (2017) postulent que le CSR positif est « une ressource précieuse de force et d'espoir, ce qui devrait être encouragé par le praticien » [traduction libre] (Saad et al., 2017, p. 2). Comme étudié par Pargament (1997), le CSR peut jouer un rôle important dans le processus de rétablissement. Or, s'il existe des stratégies CSR qui ont un effet positif sur diverses problématiques de santé mentale comme la schizophrénie (Walsh, 1995) ou la dépression (Koenig et al., 2001), des stratégies de CSR peuvent aussi produire un effet négatif sur la gestion de stressors

(Pargament et al., 1998). À cet effet, Koenig et al. (1998) ont observé des stratégies positives et négatives de CSR à partir d'un échantillon de 577 adultes malades et hospitalisés. Leurs travaux indiquent que les stratégies négatives de CSR (ex. : perceptions que Dieu les punit, expression d'attitudes négatives envers Dieu ou le clergé, etc.) sont associées à une moins bonne santé physique, une moins bonne qualité de vie et à une augmentation de la dépression. Ainsi, il est d'autant plus important que les travailleurs sociaux soient en mesure de distinguer les stratégies de CSR adéquates de celles qui sont inadéquates. Ceci permet d'évaluer la pertinence de les mobiliser pour chaque personne afin de l'aider dans son cheminement (Oxhandler et Ellor, 2017). Enfin, du côté de l'intervenant, le CSR peut également être mobilisé lors de prise de décision dans un contexte de dilemme éthique, en le faisant intervenir comme philosophie de vie, comme élément qui contribue à prendre une décision ou comme façon de transcender le dilemme (Koenig, 2005). Toutefois, les croyances religieuses et spirituelles peuvent constituer un obstacle à la réflexion éthique et être la source de dilemmes pour les professionnels de la santé, notamment lorsqu'il est question de soins de fin de vie (Jahn Kassim et Alias, 2016).

1.2.4. Les liens entre santé et spiritualité

Toutefois, il est important de noter que les résultats de ces recherches ne sont pas homogènes. Cela peut s'expliquer par le fait que de multiples déterminants entrent en ligne de compte lorsqu'il est question des effets des comportements religieux et des croyances spirituelles sur le bien-être des personnes, la religiosité et la spiritualité étant des concepts multidimensionnels et complexes (Tovar-Murray, 2011). Parmi les éléments qui ont un impact sur les associations significatives entre la RS et la santé, on retrouve la région du

monde dans laquelle l'étude est conduite, la religiosité de la population, la RS étudiée, le statut minoritaire du groupe à l'étude et le genre des personnes (Koenig et al., 2012). Ainsi, différentes études empiriques ont constaté des liens significatifs entre la RS et la santé, malgré le fait que les mécanismes derrière ces associations ne soient pas toujours précisés (Hill et Pargament, 2003).

Le mécanisme par lequel l'implication religieuse et les croyances spirituelles auraient un effet sur le bonheur et la santé physique a été étudié par Tovar-Murray (2011). L'étude quantitative a été réalisée avec l'aide de données d'un questionnaire général d'opinion et de tendances sociales comprenant 2023 participants américains afin de faire des analyses corrélationnelles entre les variables spirituelles et religieuses ainsi que les variables liées au bien-être. Les résultats démontrent que les croyances spirituelles seraient positivement liées au bonheur, à la satisfaction conjugale et à la santé. En somme, l'implication religieuse et les croyances spirituelles généreraient un discours qui encourage les activités qui fournissent à leurs membres des mécanismes de gestion des stressors de la vie qui sont sains (Tovar-Murray, 2011).

Globalement, la RS influence la capacité de la personne à faire face à la maladie. Le fait d'avoir de faibles stratégies de coping a des effets sur les résultats cliniques, tant sur le plan du séjour à l'hôpital que de l'augmentation de la mortalité (Koenig et al., 1989). En tant qu'intervenant, le fait de prendre en compte la spiritualité de la personne devant nous enrichit notre compréhension de la nature humaine, améliore notre sensibilité culturelle et améliore l'efficacité des initiatives en santé mentale (Moreira-Almeida, 2009). Dans l'optique où la

spiritualité peut constituer une force potentielle, une stratégie d'adaptation non négligeable, un défi ou un conflit pour la personne qui vit des difficultés, il apparaît important que les travailleurs sociaux soient en mesure de la considérer (Canda et al., 2019; Oxhandler et Parrish, 2016; Pargament, 2011) et de reconnaître les mécanismes d'adaptation spirituels et religieux. À cet égard, la pratique du travail social est orientée vers « la recherche de rapports satisfaisants entre les personnes et leurs contextes de vie, favorisant ainsi le bien-être, la participation sociale et citoyenne ainsi que le développement social » (OTSTCFQ, 2012, p.10). Prendre en compte la spiritualité dans le cadre de la pratique est non seulement cohérent avec les valeurs qui nourrissent la profession (justice sociale, reconnaissance de l'autonomie, autodétermination, empowerment, respect et dignité), mais permet également de rendre l'évaluation du fonctionnement social plus complète en abordant les rapports (satisfaisants ou non) que la personne entretient avec les éléments de nature spirituelle.

1.3. L'intégration de la spiritualité en travail social

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les enjeux concernant l'intégration de la religion et de la spiritualité en travail social au cours des deux dernières décennies (Canda et al., 2019; Furman et al., 2007; Gilligan et Furness, 2006; Hodge, 2011; Koenig et al., 2001; Larsen et Rinkel, 2016; Loue, 2017; Mulder, 2015; Oxhandler et Parrish, 2016; Verba et Guélamine, 2014; Vetvik et al., 2018). Des études suggèrent que certaines personnes ont des attentes quant au fait d'aborder la dimension spirituelle dans leur processus d'intervention (Canda et al., 2019; Ehman et al., 1999; Harris et al., 2016; Oxhandler et al., 2018; Rose et al., 2008), notamment celles vivant avec un problème de consommation (Lietz et Hodge, 2013), celles plus âgées aux prises avec de l'anxiété ou de la dépression (Stanley et al., 2011) ou celles qui

se considèrent spirituelles ou religieuses (Weld et Eriksen, 2007). Certains écrits indiquent également que même les personnes qui, au départ, n'avaient pas nécessairement d'attentes ou d'intérêts envers la dimension spirituelle ont trouvé des avantages à l'aborder (Hodge, 2015). Ces études mettent en lumière le fait que plusieurs personnes ont des besoins spirituels et le fait de les omettre peut affecter leur santé indépendamment de l'état de santé mentale, physique ou sociale de cette personne (Pargament et al., 2001).

Ainsi, la prise en compte de la spiritualité d'une personne dans un processus de relation d'aide ne vise pas à déterminer sa validité, mais plutôt la viabilité de celle-ci dans une optique de comprendre de quelles façons elle influence son fonctionnement social (Hodge, 2015), comme c'est le cas avec les autres dimensions qui la constituent. En ce sens, des études mettent en relief que les ressources de CSR peuvent devenir plus importantes face à des situations difficiles (Pargament, 2001) et les questions de nature spirituelle plus présentes face à des événements comme la mort, le deuil et la maladie (Doka, 2011; Dupont, 2006; Erikson, 1982; Sulmasy, 2002).

1.4. L'intégration de la spiritualité chez les travailleurs sociaux québécois

Au Québec, à la suite de la Révolution tranquille, la période de sécularisation a mené à « l'émergence [d'un] service social moderne avec des techniques et [d]es méthodes scientifiques [qui ont], d'une certaine manière, “déspiritualisé” le champ de la formation et de l'intervention socioprofessionnelle » (Khalid, 2006b, p. 81). Malgré le fait que les liens entre travail social et spiritualité n'ont pas toujours été harmonieux au Canada (Graham et al., 2007) et que l'intégration de cette dernière est parfois empreinte d'inconfort (Oxhandler

et Pargament, 2014), l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) reconnaît l'importance de prendre en compte cette dimension lors de l'intervention. En effet, selon le cadre de référence de l'OTSTCFQ (2011, p. 8), lors de l'évaluation du fonctionnement social de la personne, le travailleur social (TS) doit considérer « les dimensions “biologique, intellectuelle, émotionnelle, sociale, familiale, **spirituelle**, économique et communautaire” de la personne ». Dans le référentiel de compétences de l'OTSTCFQ (2012, p. 11) , il est possible de lire sur la nécessité de développer des compétences transversales, notamment la capacité d'analyser les rapports entre les personnes et leurs contextes de vie « pour la réalisation de leur projet de vie, dans la réponse à leurs besoins (matériels, sociaux, politiques, psychologiques, **spirituels**, etc.) ou dans l'exercice de leurs rôles sociaux ». Dans ce même référentiel, il est mentionné que les contenus de la formation universitaire en travail social devraient permettre « l'appropriation d'autres éléments transversaux [à travers] l'intégration de différentes composantes (biologique, psychologique, sociale), [en ajoutant à ces trois composantes] la nécessité de prendre en compte les dimensions culturelles, religieuses et **spirituelles** de la personne » (OTSTCFQ, 2012, p.13). Bien que cette nécessité de prendre en considération les dimensions spirituelles et religieuses lors de l'intervention soit inscrite au sein des documents officiels de l'OTSTCFQ, les études concernant les pratiques et les enjeux qui y sont rattachés au Québec sont, à notre connaissance, quasi inexistantes. L'enjeu de documenter la prise en compte de la spiritualité en intervention apparaît comme majeur, d'autant plus que les travailleurs sociaux et les thérapeutes familiaux et conjugaux représentent le plus important

groupe de professionnels de la relation d'aide en exercice au Québec³ (Office des professions du Québec [OPQ], 2019).

1.5. La pertinence de la recherche

L'élaboration de cette présente recherche s'inscrit dans un contexte où : **a)** la spiritualité prend de l'importance dans le discours international des travailleurs sociaux (Hodge, 2018a) et est de plus en plus reconnue comme pouvant jouer un rôle important dans la vie et le processus de rétablissement de plusieurs personnes (Canda et al., 2019; Holloway et Moss, 2010; Koenig, 2013; Koenig et al., 2012) ; **b)** les recherches suggèrent que la spiritualité peut avoir plusieurs impacts positifs sur la santé mentale et physique des personnes (Koenig, 2012) comme elle peut constituer un mécanisme d'adaptation mobilisé par celles-ci (Oxhandler et Ellor, 2017) ; **c)** les questions de nature spirituelle peuvent devenir plus saillantes dans des situations difficiles (Pargament, 2001); **d)** que les travailleurs sociaux sont appelés à travailler auprès de personnes vivant diverses situations de vie difficile et que sa prise en compte permet de rendre l'évaluation du fonctionnement social plus complète en abordant les rapports (satisfaisants ou non) que la personne entretient avec les éléments de nature spirituelle; **e)** la dimension spirituelle est identifiée par l'OTSTCFQ (2011) comme un élément à considérer dans la pratique et que plusieurs personnes ont des attentes par rapport à l'intervenant pour aborder leurs croyances spirituelles (Canda et al., 2019) ainsi que dans un contexte **f)** où la prise en compte de la spiritualité varie d'une société à l'autre et en

³ L'OPQ rassemble les données de chaque ordre professionnel au Québec. Parmi les professionnels de la relation d'aide en exercice en 2019, on comptait 2624 conseillers d'orientation (8,31 %), 5040 psychoéducateurs (15,97 %), 8772 psychologues (27,79 %), 770 sexologues (2,44 %) et 14 361 travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux (45,49 %).

l'absence d'études concernant l'intégration de cette dimension chez les travailleurs sociaux au Québec.

Pour ces raisons, il apparaît pertinent d'explorer la situation dans un contexte québécois. Devant l'intérêt social et scientifique grandissant autour de la spiritualité, notre étude a pour but de documenter son intégration par la question suivante : quels sont les facteurs qui influencent l'intégration de la spiritualité en intervention chez les travailleurs sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean ? En documentant les pratiques et les attitudes qui sont propres à un contexte culturel du Québec, cette étude vise à comprendre l'influence des facteurs qui sont associés à l'intégration de la spiritualité dans la pratique des intervenants québécois et ainsi broser un portrait des éléments à considérer pour, ultimement, mieux outiller les travailleurs sociaux, les milieux de formation et les étudiants dans la prise en compte de cette dimension en intervention sociale.

CHAPITRE 2 — RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre recense les principaux écrits en lien avec l'intégration de la spiritualité dans les soins de santé et plus particulièrement en travail social. Il présente les différents facteurs qui influencent sa prise en compte par les professionnels, qu'ils soient associés à l'intervenant ou à des facteurs externes. Enfin, une section en lien avec les enjeux éthiques et interprofessionnels précède le survol des principales forces et limites des études actuelles.

2.1. L'intégration de la spiritualité en santé et services sociaux

En Occident, le discours sur la spiritualité dans les soins de santé a pris de l'ampleur depuis une vingtaine d'années (Graber et al., 2001). D'une certaine façon, ce mouvement s'inscrit dans un désir d'aller « au-delà des modèles médicaux de la “santé” avec une attention marquée et élargie des notions de “guérison”, de “prendre soin de” et de “bien-être” » [traduction libre] (Pesut et al., 2008, p. 367). Le spirituel constitue ainsi ce qu'on pourrait appeler la « quatrième dimension » (Dhar et al., 2013), qui s'ajoute au modèle biopsychosocial traditionnel. En ce sens, de plus en plus de professionnels de la santé de tous les horizons ont la préoccupation d'offrir une évaluation complète et holistique des besoins des patients dans les milieux de soins (Young et Koopsen, 2010), ce qui inclut les besoins spirituels (Timmings et Caldeira, 2019). Il est vrai que devant des difficultés qui demandent un traitement ou un accompagnement professionnel, plusieurs défis émergent et peuvent complexifier la situation de la personne. Ces problématiques peuvent venir réveiller chez la personne des aspects « en lien avec l'identité, l'espoir, le sens, le but, l'autonomie ou la

connectivité, des problèmes que plusieurs voient comme étant de nature spirituelle » [traduction libre] (Peteet et al., 2019, p. 32).

Ce qui influence la considération de la spiritualité d'un professionnel ou d'une profession à l'autre peut varier. Chez les infirmières, la notion de besoins spirituels remonte à plusieurs années (O'brien, 2021). La prise en compte de la spiritualité dans la pratique clinique est influencée par leur propre spiritualité et religiosité ainsi que par leur formation académique (Nascimento et al., 2013). Chez les psychologues, où sa considération est plus récente, l'influence de la spiritualité personnelle du thérapeute est un facteur important pour prédire le degré auquel celle-ci fera partie de la thérapie (Blair, 2015). Sa spiritualité personnelle influence également son ouverture à ce qu'elle soit intégrée dans un processus thérapeutique (Walker et al., 2004). Chez les médecins, ceux qui se considèrent comme « spirituels et religieux » abordent plus fréquemment la spiritualité avec les patients que leurs collègues qui se considèrent comme « religieux, mais non spirituels » ou « ni religieux ni spirituels » (Franzen, 2018). Le contexte de pratique pourrait également jouer un rôle dans l'intégration de la spiritualité. À cet effet, une étude effectuée auprès de résidents en psychiatrie démontre que les médecins sont généralement favorables à intégrer cette dimension dans leurs consultations quotidiennes et reconnaissent les impacts potentiels que la spiritualité peut avoir sur la santé mentale et physique de leurs patients (Kattan et Talwar, 2013). Enfin, même si peu de recherches sont réalisées dans ce domaine, le manque de formation des physiothérapeutes influence l'intégration de la spiritualité dans leur pratique, ce qui pourrait expliquer en partie pourquoi ils l'abordent peu ou pas dans le cadre de leur travail (Turner et Cook, 2016). Devant la diversité de facteurs qui peuvent influencer la prise

en compte de la spiritualité dans les différentes professions de la santé et des services sociaux, il importe de les approfondir, plus précisément lorsqu'ils concernent la pratique du travail social.

2.2. Les facteurs associés à la prise en compte de la spiritualité en travail social

De manière analogue à ce qui a été identifié dans la section 2.1, divers éléments paraissent influencer la prise en compte de la spiritualité en travail social. On retrouve les facteurs en lien avec le professionnel lui-même et les facteurs externes à celui-ci. La prochaine section aborde avec plus de précision chacun de ceux-ci.

2.2.1. Les facteurs associés à l'intervenant

Trois principaux facteurs en lien avec l'intervenant ont été identifiés comme ayant une relation positive avec l'intégration de la spiritualité en intervention : sa religiosité personnelle, sa formation antérieure concernant l'intégration de la spiritualité en intervention et ses attitudes quant à l'intégration de la spiritualité (ou son rôle) dans sa pratique professionnelle. De plus, quelques études indiquent que certaines variables sociodémographiques sont associées à la prise en compte de la spiritualité.

2.2.1.1. La religiosité personnelle, les croyances et les pratiques spirituelles du TS

Selon les études consultées, les concepts de religiosité personnelle et de croyances/pratiques spirituelles de l'intervenant sont opérationnalisés de différentes façons.

La religiosité est généralement définie par les professionnels en santé mentale comme «l'adhérence à des croyances, des doctrines, des principes éthiques, des rituels, des textes, des traditions et des pratiques reliées à une entité plus grande et associées à un groupe organisé» [traduction libre] (Baumsteiger et Chenneville, 2015, p. 2345). Les croyances et les pratiques spirituelles réfèrent fréquemment à un tout multidimensionnel qui prend en compte les « expériences spirituelles au quotidien, [les éléments de] sens, les croyances [...] et les stratégies de coping spirituel/religieux » [traduction libre] (Stewart et Koeske, 2006). Selon diverses études quantitatives, la religiosité personnelle de l'intervenant est associée à l'intégration de la spiritualité en intervention (Al-Ma'seb, 2019; Asselt et Senstock, 2009; Oxhandler et Parrish, 2016; Oxhandler et al., 2015; Sheridan, 2009). À cet effet, elle apparaît dans différentes études comme le facteur qui influence le plus l'intégration ou non de la spiritualité en intervention sociale (Oxhandler et al., 2015; Oxhandler et Giardina, 2017). Le fait d'avoir des croyances ou des pratiques spirituelles est associé à une plus grande intégration de la dimension spirituelle dans la pratique (Kvarfordt et Sheridan, 2010; Murdock, 2005; Stewart et al., 2006; Walker et al., 2004). À cet égard, la spiritualité du travailleur social a été mise en lumière dans le modèle de Stewart et al. (2006) comme étant directement liée à la considération de la spiritualité en intervention. D'ailleurs, plus le travailleur social considère la spiritualité importante dans sa vie, plus celui-ci considère que les pratiques liées à l'intégration de la spiritualité en intervention sont appropriées (Mattison et al., 2000). Cela est également observable dans différentes études menées auprès de médecins. Ces recherches soulèvent l'influence de la RS du praticien sur les décisions médicales qu'il prend en regard de la médication pour la douleur, l'avortement, la vaccination contre le virus du papillome humain, la contraception orale d'urgence et ce qui a trait aux

décisions médicales en fin de vie sur les unités de soins intensifs (Curlin et al., 2007; Ishibashi et al., 2008; Lawrence et al., 2010; Sprung et al., 2007; Stulberg et al., 2011).

2.2.1.2. La formation antérieure

La formation antérieure reçue sur l'intégration de la spiritualité en intervention est associée à la prise en compte de la dimension spirituelle en travail social (Asselt et Senstock, 2009; Dwyer, 2010; Murdock, 2005; Oxhandler et al., 2015; Vetvik et al., 2018). Le fait d'être à jour sur les meilleures pratiques en travail social est également associé à un plus grand engagement dans l'intégration de la spiritualité de la personne en intervention (Al-Ma'seb, 2019). Cela est cohérent avec les résultats de recherche qui mettent en relief l'importance de la formation et comment celle-ci agit comme un outil majeur dans le développement de compétences spirituelles (Callahan et Benner, 2018; Vick-Johnson, 2010). Les compétences spirituelles sont une forme de compétence culturelle qui s'attarde plus particulièrement à la spiritualité et la religion, en portant une attention particulière aux éléments spirituels qui construisent la vision du monde de chaque client (Hodge, 2018). Par ailleurs, le sentiment de ne pas avoir été formé suffisamment sur ce sujet contribue à l'inconfort de le prendre en compte dans la pratique clinique des travailleurs sociaux (Starnino et al., 2014).

Sur le plan de la formation académique, une étude pancanadienne réalisée en contexte anglophone démontre que la majorité des facultés universitaires canadiennes anglophones offrant la formation de travail social sont favorables à l'inclusion de cette dimension dans

leur cursus académique (Kvarfordt et al., 2018). Malgré cette ouverture, seulement un tiers ont indiqué en faire l'inclusion dans leurs programmes de baccalauréat et de maîtrise, ce contenu étant laissé à la discrétion de chaque professeur. Par ailleurs, plusieurs études suggèrent que la majorité des travailleurs sociaux reçoivent peu ou pas de formation sur la spiritualité lors de leur scolarité (Canda et al., 2019; Furness et Gilligan, 2012; Oxhandler et al., 2015). Le manque de formation pourrait expliquer les recherches qui suggèrent que ce sont les valeurs personnelles du praticien, plutôt que des principes éthiques qui guident les interactions avec les clients dans les domaines de la spiritualité et de la religion (Sheridan, 2009). À la lumière des résultats de recherche de Coholic (2006), il est possible de constater qu'il existe un besoin tant pour les professeurs que pour les étudiants d'approfondir le sujet de la spiritualité en intervention sociale. L'enjeu de la formation apparaît, à cet égard, comme une variable importante à prendre en compte dans le cadre de notre étude, d'autant plus que le peu de place qu'occupe la spiritualité dans les programmes de travail social ne reflète pas les intérêts et les expériences des étudiants (Coholic, 2006).

2.2.1.3. Les attitudes

De façon générale, les études démontrent que le fait d'avoir des attitudes positives quant à l'intégration de la spiritualité en intervention sociale est associé à son intégration dans la pratique professionnelle (Heyman et al., 2006; Kvarfordt et Sheridan, 2010; Larsen, 2011; Murdock, 2005; Sheridan, 2004; Stewart et al., 2006). D'ailleurs, la majorité des travailleurs sociaux ont des attitudes positives, c'est-à-dire des attitudes marquées par l'ouverture, quant à la prise en compte de la spiritualité en intervention, et ce, malgré le fait que leur niveau d'engagement à intégrer cette dimension soit faible (Canda et al., 2019;

Oxhandler et al., 2015; Oxhandler et Parrish, 2018). Les attitudes, quant à elles, peuvent varier en fonction de certains facteurs, comme le pays d'origine du travailleur social, son âge et ses années d'expérience dans la pratique (Pandya, 2016; Vetvik et al., 2018). Globalement, les travailleurs sociaux mettent beaucoup l'accent sur la nécessité que l'intervention soit basée sur le client et ses besoins lorsqu'il est question d'intégrer la spiritualité (Dwyer, 2010 ; Hodge 2011). De plus, différents professionnels de la relation d'aide reconnaissent l'importance d'être conscient de leurs croyances personnelles, que ce soit les psychologues (Crook-Lyon et al., 2012; Delaney et al., 2007), les thérapeutes familiaux et conjugaux (McNeil et al., 2012) ou les travailleurs sociaux (Oxhandler et Giardina, 2017). Dans certains travaux, les attitudes envers la spiritualité représentent la variable qui influence le plus l'intégration de celle-ci dans l'intervention (Heyman et al., 2006; Kvarfordt et Sheridan, 2010; Murdock, 2005; Sheridan, 2004). Or, il existe un écart entre les attitudes positives exprimées par les travailleurs sociaux et la fréquence à laquelle ils intègrent des pratiques en lien avec la spiritualité (Oxhandler et Parrish, 2018).

2.2.1.4. Les variables sociodémographiques

Quelques variables démographiques ont été identifiées comme significatives par rapport à la prise en compte de la spiritualité par les intervenants, parmi lesquelles on retrouve l'âge (Heyman et al., 2006; Larsen, 2011), l'ethnicité (Hayman et al., 2007) et l'expérimentation personnelle d'une problématique de santé mentale ou d'un traumatisme (Dane et Moore, 2006). Or, dans l'étude de Oxhandler et al. (2015), il n'y aurait pas de relation significative entre l'intégration de la spiritualité et l'âge, l'ethnicité et le genre du TS, tout comme l'âge des clients, les années de pratique ou le degré d'épuisement des

professionnels sondés. Le tableau 1 présente une synthèse des facteurs internes à l'intervenant et qui sont significativement associés à l'intégration de la spiritualité en intervention.

TABLEAU 1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS D'ÉTUDES PORTANT SUR LES VARIABLES SIGNIFICATIVEMENT ASSOCIÉES À L'INTÉGRATION DE LA SPIRITUALITÉ EN INTERVENTION

Variable étudiée	Résultats	Auteur(s), pays	Milieu de pratique
Variables sociodémographiques			
<i>Âge</i>	<ul style="list-style-type: none"> Être plus âgé est associé à une plus grande intégration de la spiritualité en intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> Heyman et al. (2006), États-Unis Larsen (2011), États-Unis 	<ul style="list-style-type: none"> Non spécifié Multiples
<i>Ethnicité</i>	<ul style="list-style-type: none"> Être caucasien est associé à une plus grande intégration de la spiritualité en intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Heyman et al. (2006), États-Unis 	<ul style="list-style-type: none"> Non spécifié
<i>Expérience personnelle avec une problématique de santé mentale ou un trauma</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'expérience personnelle du travailleur social avec les problématiques de santé mentale ou le trauma est associée à une plus grande intégration de la spiritualité en intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> Dane et Moore (2006), États-Unis 	<ul style="list-style-type: none"> Soins palliatifs
Variables associées à l'intervenant			
<i>Aspects en lien avec les croyances, les pratiques religieuses/spirituelles ou la religiosité</i>	<ul style="list-style-type: none"> Le fait d'avoir des croyances spirituelles et l'engagement dans des pratiques spirituelles personnelles ou communautaires est associé à l'intégration de la spiritualité en intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> Murdock (2005), États-Unis Stewart et al. (2006), États-Unis Walker et al. (2004), Méta-analyse Kvarfordt et Sheridan (2010), États-Unis 	<ul style="list-style-type: none"> Gérontologie Multiples Multiples Enfants/adolescents
	<ul style="list-style-type: none"> La religiosité personnelle du travailleur social est associée à l'intégration de la RS en intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> Asselt et Senstock (2009), États-Unis Oxhandler et al. (2015), États-Unis Oxhandler et Parrish (2016), États-Unis Al-Ma'Seb (2019), Kuwait 	<ul style="list-style-type: none"> Multiples Multiples Multiples Multiples
	<ul style="list-style-type: none"> Plus le travailleur social considère la spiritualité importante dans sa vie, plus celui-ci considère que les pratiques liées à l'intégration de la spiritualité en intervention sont appropriées. 	<ul style="list-style-type: none"> Mattison et al. (2000), États-Unis 	<ul style="list-style-type: none"> Multiples
<i>Attitudes</i>	<ul style="list-style-type: none"> Le fait d'avoir des attitudes positives quant à l'intégration de la RS en intervention sociale est associé à une plus grande intégration de la spiritualité en intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> Sheridan (2004), États-Unis Murdock (2005), États-Unis Stewart et al. (2006), États-Unis Heyman et al. (2006), États-Unis Kvarfordt et Sheridan (2010), États-Unis 	<ul style="list-style-type: none"> Multiples Gérontologie Multiples Enfants/adolescents Multiples

TABLEAU 1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS D'ÉTUDES PORTANT SUR LES VARIABLES SIGNIFICATIVEMENT ASSOCIÉES À L'INTÉGRATION DE LA SPIRITUALITÉ EN INTERVENTION (SUITE)

Variable étudiée	Résultats	Auteur(s), pays	Milieu de pratique
<i>La formation antérieure reçue/la familiarité avec les récentes interventions thérapeutiques en travail social</i>	<ul style="list-style-type: none"> Le fait d'avoir reçu de la formation sur la spiritualité en intervention sociale est associé à une plus grande intégration de celle-ci en intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> Murdock (2005), États-Unis Asselt et Senstock (2009), États-Unis Dwyer (2010), États-Unis Oxhandler et al. (2015), États-Unis Vetvik et al. (2018), États-Unis et Norvège 	<ul style="list-style-type: none"> Gérontologie Multiples Multiples Multiples Multiples
	<ul style="list-style-type: none"> Le fait d'être familier avec les récentes interventions thérapeutiques en travail social est associé à un plus grand engagement dans l'intégration de la RS de leur client en intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> Al-Ma'seb (2019), Kuwait 	<ul style="list-style-type: none"> Multiples

2.2.2. Les facteurs externes à l'intervenant

D'autre part, on retrouve les facteurs externes à l'intervenant, notamment par rapport à la société où est pratiquée la profession et le contexte de pratique. À cet égard, dans une étude comparative entre l'intégration de la spiritualité chez les travailleurs sociaux aux États-Unis et en Norvège, Vetvik et al. (2018) soulignent que les travailleurs sociaux américains sont plus enclins que leurs homologues norvégiens à intégrer la spiritualité lorsqu'ils accompagnent les personnes. Des résultats similaires ont été observés lors d'une étude comparative entre des travailleurs sociaux du Royaume-Uni et des États-Unis. En effet, les travailleurs sociaux américains étaient plus enclins à inclure la spiritualité dans leur pratique que leurs homologues britanniques (Furman et al., 2005). Ces différences peuvent être expliquées en partie par le contexte historique et socioculturel de la société ainsi que par le contexte de pratique du TS.

2.2.2.1. Le contexte historique et socioculturel

À l'instar des études de Vetvik et al. (2018) et Furman et al. (2005), différentes recherches soulignent le fait que la prise en compte de la spiritualité en travail social varie d'une société à l'autre (Bhagwan, 2010; Canda et al., 2019; Pandya, 2018). La culture, la sécularisation de la société, le rôle de la religion et de la spiritualité, et les trajectoires historiques du développement de la profession dans la société peuvent influencer les modalités d'intégration de la spiritualité dans la pratique (Al-Ma'seb, 2019; Callahan et Benner, 2018; Furman et al., 2005; Furman et al., 2007; Vetvik et al., 2018). Alors que la majorité des écrits existants à propos de l'inclusion de la spiritualité en travail social sont

américains (Cherblanc et al., accepté), les données font ressortir des différences importantes, dont le fait que le Canada est un pays avec des niveaux de religiosité plus bas que les États-Unis (Turner, 2006, p. 321). De plus, le Québec étant une société sécularisée (Bothwell, 1998), il importe d'aborder les éléments socioculturels qui caractérisent son histoire.

Dans les années 1960, le Québec a connu de profonds changements sociaux et culturels, marqués par la Révolution tranquille (Rouillard, 1998), où « la place de la religion dans l'espace public a subi des transformations d'une ampleur et d'une rapidité phénoménales » (Cherblanc et Jobin, 2013b, p. 39). Comme soulevé par Cherblanc et Jobin (2013, pp. 43-44) :

Jusqu'au milieu du XXe siècle [...] le Québec est une société qui se caractérise par un catholicisme traditionnel dominant [...] la religion [catholique] occupe une place centrale au sein des principales institutions (la santé, les services sociaux et l'éducation) ; elle en dicte les valeurs et la morale, elle influence bon nombre des politiques [...] en plus de représenter un lobby puissant auprès des masses rurales, mais aussi urbaines, ainsi qu'une force économique considérable. Mais à partir de la fin des années 1950 et le début des années 1960, c'est toute la société québécoise qui est traversée d'un très important et rapide mouvement de sécularisation, entendu au sens d'un affaiblissement de la place et du rôle de la religion dans les institutions sociales et la culture. Comme bien souvent, les premiers signes de ce mouvement de sécularisation s'observent à partir d'une baisse de la pratique religieuse, baisse qui débute dans les années 1950 et qui s'accélère pendant les années 1960.

En ce sens, « la Révolution tranquille marque [...] une accélération du processus de laïcisation de l'État québécois [...] [et celle-ci devient] graduellement [...] un mode de gouvernance » (Maclure et Taylor, 2020, pp. 72-73). Dans les dernières années, on peut constater, notamment à la lumière de la Commission de consultation sur les pratiques

d'accommodement reliées aux différences culturelles⁴ (CCPARDC) (Bouchard et Taylor, 2008), que le Québec s'inscrit dans une approche de laïcité ouverte. À cet égard, Maclure et Taylor (2020, p. 74) soulignent ceci :

[La] laïcité ouverte reconnaît la nécessité que l'État soit neutre — les lois et les législations ne doivent favoriser aucune religion ni conception séculière —, mais reconnaît aussi l'importance pour plusieurs de la dimension spirituelle de l'existence et, partant, l'importance de protéger la liberté de conscience et de religion des individus.

Cela dit, malgré « l'existence d'un accord assez large parmi les organismes publics et les groupes de la société civile qui se sont prononcés sur le modèle que devrait adopter le Québec » (Maclure et Taylor, 2020, p. 76), il existe des désaccords profonds et importants au sein de la société sur ces enjeux.

C'est donc dans ce contexte que s'inscrit la pratique du travail social au Québec, où les valeurs traditionnelles de la religion catholique qui représentaient autrefois une référence importante ont évolué vers des valeurs ancrées dans la modernité, comme la sécularisation et la liberté (Maclure et Taylor, 2020). Enfin, une étude récente portant sur les conséquences de la pandémie sur les populations universitaires au Québec indique que la qualité de vie spirituelle des répondants est de 2.95/5, ce qui constitue le niveau le plus bas documenté à ce jour parmi toutes les autres populations sondées, dont la France (3.03/5), l'Angleterre (3.12/5) et la Chine (3.03/5) (Cherblanc et al., 2021).

⁴ À la suite de divers événements hautement médiatisés en lien avec la place de différents enjeux religieux et laïques au Québec, le gouvernement libéral au pouvoir à cette époque a demandé à Gérard Bouchard, sociologue, historien, écrivain et professeur à l'Université du Québec à Chicoutimi ainsi qu'à Charles Taylor, philosophe et professeur à l'Université McGill de coprésider une commission de consultation concernant les accommodements raisonnables. La CCPARDC avait pour mandat de : a) brosser un portrait des pratiques d'accommodements qui ont cours au Québec ; b) analyser les enjeux qui y sont associés en tenant compte des expériences d'autres sociétés ; c) mener une vaste consultation sur ce sujet ; et d) formuler des recommandations au gouvernement pour que ces pratiques d'accommodement soient conformes aux valeurs de la société québécoise en tant que société pluraliste, démocratique et égalitaire (Bouchard & Taylor, 2008, p.17).

2.2.2.2. *Le contexte de pratique*

Différents écrits mettent en lumière l'influence du milieu de pratique sur l'intégration de la spiritualité en intervention. On note, à cet égard, une influence perçue et nommée par des intervenants (Holden, 2012). De plus, on observe une association entre le domaine dans lequel le travailleur social œuvre et l'intégration de la spiritualité. En effet, le fait de pratiquer dans le domaine privé et en santé mentale semblerait favoriser cette inclusion (Vetvik et al., 2018). Par ailleurs, le contexte de pratique peut également jouer un rôle sur le plan des conditions de travail du professionnel. À cet égard, une étude soulève qu'on retrouve une différence significative à partir du revenu, où les TS avec de plus faibles revenus intègrent davantage la RS de leur client que ceux ayant des revenus élevés (Al-Ma'seb, 2019).

2.2.3. Les facteurs cliniques facilitant et entravant l'intégration de la RS dans la pratique

La religiosité personnelle, la formation et le fait d'utiliser une pratique sensible à la spiritualité à travers une ouverture quant à cette dimension sont des facteurs qui soutiennent et facilitent l'intégration de la RS dans la pratique (Oxhandler et al., 2019; Oxhandler et Giardina, 2017). Dans une étude effectuée au Royaume-Uni auprès d'étudiants en travail social, les participants ont indiqué que le fait que la personne aidée initie la conversation, la supervision et des échanges informels entre les collègues et les échanges en classe sont des éléments qui facilitent l'intégration de la spiritualité (Furness et Gilligan, 2012).

Dans l'étude de Oxhandler et al. (2019), le manque de formation des intervenants et le sentiment de peur ou de tabou entourant ce sujet ont été soulevés comme des éléments qui constituent des obstacles à l'intégration. Toujours selon cette étude, des éléments externes à l'intervenant comme le manque de temps ou des limitations liées à l'organisation ont également été mis en lumière. Dans l'étude de Furness et Gilligan (2012), les étudiants ont soulevé ces facteurs comme étant entravants : le fait que la RS ne soit pas pertinente dans tous les cas, la peur de l'aborder à cause de sa nature sensible ou trop personnelle et le peu de soutien et de formation reçu par les organismes où ils travaillent sur ce sujet. Coholic (2006) soulève que le fait de continuer à positionner la spiritualité comme un tabou n'encourage pas les étudiants à étudier comment cette dimension influence leur vie, le développement de leur conscience de soi et la vie de leurs clients.

2.3. Les enjeux éthiques et interprofessionnels

La prise en compte de la spiritualité en intervention comprend son lot d'enjeux éthiques. Parmi ceux-ci, plusieurs travailleurs sociaux détiennent une préoccupation réelle quant aux différents dilemmes possibles dans la pratique, notamment l'incompatibilité des croyances entre les travailleurs, l'organisme ou la personne aidée sur différents sujets (ex. : le suicide, les relations entre mêmes sexes, l'utilisation de drogues et d'alcool, la contraception et le fait de mettre fin à une grossesse) (Furness et Gilligan, 2012). Chez les TS, une préoccupation subsiste quant à leurs compétences dans le domaine de la spiritualité, plaçant en avant-plan leurs besoins de développer leurs compétences culturelles, leurs

connaissances et les qualifications professionnelles requises pour l'intégrer dans leur pratique (Canda et al., 2004).

Par ailleurs, au Québec, l'accompagnement spirituel dans les établissements de santé est prévu par la loi. Ainsi, selon l'article 100 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*⁵ :

Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de **leurs besoins spirituels** et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population.

Si cet article témoigne de la nécessité de considérer la dimension spirituelle dans les soins, il n'explicite toutefois pas les modalités ou les moyens pour y parvenir, qui ne sont pas exposés. Bref, il existe des enjeux de nature interprofessionnelle en lien avec l'intégration de la spiritualité, notamment dans les milieux de soins où plusieurs professionnels accompagnent une même personne (c.-à-d. hôpitaux, centres d'hébergement de soins de longue durée [CHSLD], etc.). À cet effet, plusieurs établissements ont en leur sein des intervenants en soins spirituels (ISS). À partir de leur expertise, les ISS « met[tent] en mouvement [...] les rituels, l'appartenance, les valeurs, la transcendance, l'identité et le sens [...] pour mobiliser la personne [...] afin de faire face à la souffrance » (Cherblanc et Jobin, 2019, p. 18). Alors que le spirituel est le cœur de leur travail, il apparaît important, tout en reconnaissant leurs savoirs, de mettre en lumière l'apport complémentaire de la prise en compte de cette dimension par l'entière de l'équipe qui accompagne la personne (infirmières, médecins,

⁵ *Loi sur la santé et les services sociaux*, RLRQ, chapitre S-4.2, art. 100.

ergothérapeutes, psychologues, travailleuses sociales, physiothérapeutes, etc.). À cet égard, Puchalski et al. (2009) mentionnent que les « soins spirituels » devraient être appréhendés dans une perspective interdisciplinaire, où il est requis que chaque professionnel soit attentif au bien-être spirituel du patient et de sa famille.

2.4. Les forces et les limites des écrits recensés

À la lumière de la recension des écrits, différentes forces sont mises en relief en ce qui concerne les études portant sur l'intégration de la spiritualité en travail social. À cet égard, il importe de soulever la diversité des devis utilisés pour documenter la prise en compte de la spiritualité en travail social et le grand nombre de variables considérées, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, ainsi que présenter la variabilité des résultats observée entre les travailleurs sociaux. L'intérêt grandissant pour les enjeux entourant cette dimension (Carlisle, 2015) et la diversité qui caractérise les traditions spirituelles (Canda et al., 2019) démontrent l'importance de cette diversité méthodologique.

Il est également possible de noter des limites en ce qui concerne les études sur ce thème, notamment la grande proportion d'études réalisées en contexte anglo-saxon (Cherblanc et al., accepté) et le peu de recherches qui documentent ce sujet en contexte québécois. On peut également soulever des limites quant aux caractéristiques des échantillons, qui sont parfois trop petits pour permettre une généralisation au sein de la population à l'étude (Oxhandler et Parrish, 2018; Vetvik et al., 2018), peu diversifiés (Dwyer, 2010; Mulder, 2015) ou encore restreints à des milieux de pratique plutôt homogènes

(Oxhandler et al., 2015). Dans ce contexte, ce mémoire vise à combler certaines des limites recensées dans les écrits scientifiques, en s'intéressant aux pratiques et aux attitudes propres à un contexte québécois tout en ciblant une population qui pratique dans une diversité de milieux. Le projet de recherche vise également à contribuer aux connaissances et aux pratiques à l'échelle internationale, en permettant de positionner les enjeux propres au contexte culturel québécois par rapport aux enjeux documentés dans les milieux anglo-saxons.

CHAPITRE 3 — CADRE THÉORIQUE

Ce chapitre aborde d'abord les considérations qui sous-tendent la définition des concepts de religion et de spiritualité. Les définitions qui permettent l'opérationnalisation des dimensions de l'échelle RSIPAS sont ensuite présentées en fonction de chacun des concepts de la sous-échelle : le sentiment d'efficacité personnelle, les attitudes, la faisabilité perçue et la fréquence d'intégration.

3.1. Définir la religion et la spiritualité

Définir les concepts de religion et de spiritualité pose différents défis, ces deux termes étant à la fois multidimensionnels et complexes (Tovar-Murray, 2011) et fluides (Saad et al., 2017). La polysémie de ces deux termes peut également constituer une source de confusion (Simard, 2006). Devant des définitions multiples de la spiritualité, Khalid (2006a, p. 86) soulève qu'il existe une « nécessité et [une] urgence [...] d'investir des efforts considérables en vue de clarifier la notion même de spiritualité et surtout de définir le rôle du travailleur social [pour] l'outiller ». À cet égard, lorsque vient le temps de définir ces concepts, sur le plan tant méthodologique que de l'intervention, Canda et al. (2019) dénotent deux éléments qui s'opposent : le particulier versus l'universel et l'exprimable versus l'inexprimable. Qui plus est, ces deux concepts ont un caractère à la fois variable et évolutif qu'il importe de prendre en considération afin de situer leur définition. Ces aspects feront l'objet des prochaines sections.

3.1.1. Du particulier versus l'universel à l'exprimable versus l'inexprimable

Dans le paradigme du particulier versus l'universel, Canda et al. (2019, pp. 78-80) soulignent que trois approches sont possibles : l'approche émique (utiliser les définitions seulement dans des contextes précis), l'approche étique (utiliser des concepts qui sont perçus comme pouvant s'appliquer à plusieurs cultures et à diverses situations) et l'approche « transperspectiviste » (*transperspectival approach*). Cette dernière vise à mettre en relation et à faire interagir les deux précédentes en misant sur une réflexivité et un dialogue continu. C'est cette approche qui guide la démarche de définition de ce mémoire. Dans le paradigme de l'exprimable versus l'inexprimable, Canda et al. (2019, p. 81) expliquent que le caractère sacré de la religion et de la spiritualité fait ressortir des aspects de la réalité qui vont au-delà du langage et de ce que la raison peut exprimer. Il n'est pas inusité de voir, en ce sens, que certains auteurs en sciences infirmières proposent l'utilisation de métaphores comme voie intéressante pour articuler ces deux concepts (Bruce et al., 2011). De plus, Canda et al. (2019, p. 81) évoquent la nature irréductible de la religion et de la spiritualité. Cela nous amène à formuler une précision importante : il ne faut surtout pas confondre le concept et son référent. L'exercice de définition nécessite ainsi une certaine prudence et une considération continue : ces deux concepts ne peuvent pas être réduits à une définition qui serait définitive ou contraignante, et ce, en considérant la variabilité et l'évolution qui les caractérisent.

3.1.2. Le caractère variable et évolutif de ces définitions

Les définitions de la religion et de la spiritualité varient en fonction de l'héritage religieux, de la culture, de la génération, de la nationalité (Gall et al., 2011) et de la profession (Hood Jr et al., 2018; Oxhandler et Pargament, 2014). De plus, les liens entre la nature de la spiritualité et ses relations avec la religion sont largement encore discutés à ce jour (Liechty, 2013) et les discours sur le plan international sont en constante évolution (Hodge, 2018a). Certains auteurs avancent qu'il n'existe pas de définition unique de la spiritualité et de la religion (Canda et al., 2019), alors que d'autres débattent à savoir s'il est pertinent de chercher à les définir (Scherer, 2006). On peut penser que c'est en raison du caractère personnel, subjectif, changeant et intime de leur référent respectif. Comme présenté par Pargament (1997, p. 11), « une grande partie de l'expérience religieuse [et spirituelle] reste privée, subjective et hautement symbolique ». À cet effet, différents auteurs soulèvent l'inconsistance des définitions et des mesures de la spiritualité à travers les études (Dein et al., 2012; Oakes et Raphael, 2008), ce qui a inévitablement un impact direct sur les résultats de recherches. En considérant la variabilité présente dans la littérature quant aux définitions de ces concepts, il nous apparaît encore plus important de contextualiser les éléments qui seront proposés afin de se diriger vers une définition ouverte et continue.

3.1.3. Vers une définition ouverte et continue de la religion et la spiritualité en travail social

Bien qu'il existe de multiples définitions et qu'elles peuvent varier d'une personne à une autre, un consensus international existe dans le fait de reconnaître la religion et la spiritualité comme des concepts apparentés, mais distincts (Canda et al., 2019; Stewart et al., 2019; Stirling et al., 2009). En ce qui a trait à la notion de religion, les auteurs évoquent un système organisé, soutenu par des rituels et des comportements transmis dans une communauté à travers le temps, et les notions de sacré, de Dieu ou d'une Réalité ultime (Canda, 2013; Griffith et Griffith, 2002; Hodge et Horvath, 2011; Koenig, 2008; Nelson-Becker et Canda, 2008). Dans la conceptualisation contemporaine, la spiritualité est définie comme un concept plus large et englobant que la religion, alors que c'était plutôt l'inverse dans la conceptualisation dite traditionnelle (Gardner, 2013; Hodge, 2018a). Selon les écrits consultés, la notion de spiritualité est associée aux concepts de recherche de sens, de connectivité, de buts, de relations à soi et à l'autre, et de transcendance (Canda, 2013; Hodge et Horvath, 2011; Koenig et al., 2001; St Armand, 2006). Ces définitions sont recensées au tableau 2. Elles ont été sélectionnées en fonction du domaine de recherche et en considérant le fait que chacune d'entre elles apportait un élément de définition complémentaire.

TABLEAU 2. DÉFINITIONS DE LA SPIRITUALITÉ RECENSÉES

Définition	Auteur(s)	Domaine
« La spiritualité est la recherche du sacré. » [traduction libre]	(Pargament, 1997, p. 32)	Psychologie
« [La spiritualité fait référence] aux sentiments, aux pensées, aux expériences et aux comportements qui émergent d'une recherche du sacré. » [traduction libre]	(Hill et al., 2000, p. 66)	Psychologie
« La spiritualité est une quête personnelle pour comprendre les réponses aux questions ultimes de la vie sur le sens et à propos de la relation au sacré ou au transcendant, ce qui peut (ou non) mener à un développement de rituels religieux et à la formation d'une communauté. » [traduction libre]	(Kœnig et al., 2001, p.18)	Médecine
« La spiritualité peut [...] être comprise comme cette recherche de sens, de connexions, d'appartenance à quelque chose de plus grand, de plus profond que soi. »	(St Armand, 2006, p. 27)	Travail social
« [La spiritualité réfère à] la façon que les individus cherchent et expriment le sens et leurs buts et leur façon d'expérimenter leur connectivité au moment, à soi, aux autres, à la nature et à ce qui est significatif ou au sacré. » [traduction libre]	(Puchalski et al., 2009)	Médecine
« La spiritualité est le plus souvent définie en termes de connectivité ou de relation avec Dieu ou avec un autre être transcendant ou [une autre] dimension. » [traduction libre]	(Hodge et Horvath, 2011, pp. 307-308)	Travail social
« La spiritualité est souvent un vaste concept, défini de façon variée par des thèmes référant à la recherche de sens, de but, de moralité et de bien-être de l'humain dans les contextes de relations à soi, à l'autre, à l'univers et à la réalité ultime. » [traduction libre]	(Canda, 2013, p. 2)	Travail social
« La spiritualité est définie et expérimentée de façon unique par chaque être humain et peut s'exprimer à l'intérieur d'un vaste continuum de croyances, de récits, de rituels et de pratiques. La spiritualité implique communément des aspects de la vie et des aspects d'être qui fournissent une connectivité, un sens et un but. Les thèmes communs se rapportant à la spiritualité incluent l'identité, la foi, l'espoir, la paix, l'émerveillement, l'admiration, le mystère, la transformation et la transcendance. La spiritualité peut être exprimée de différentes façons, incluant la religion, les symboles, les métaphores, les rituels et les cérémonies. » [traduction libre]	(Canadian Society for Spirituality and Social Work, 2020)	Travail social

3.1.4. La religion et la religiosité

Dans les écrits scientifiques, les concepts de spiritualité et de religion sont fréquemment présentés en dyade, le plus souvent comme les deux pôles d'un continuum qui illustre une dimension qui est vécue de façon intime par les personnes. Il est pertinent de s'interroger sur cette conceptualisation en mettant en lumière les caractéristiques propres de

chacun des concepts. La spiritualité apparaît comme un concept qui peut prendre la forme de la religion, sans pour autant s'y limiter. La religion est ainsi conceptualisée comme une des manifestations de la spiritualité puisqu'elle se dessine et s'actualise en dehors de l'individu. En ce sens, elle revêt un aspect nécessairement communautaire. Lorsque nous désirons aborder la relation que la personne entretient avec la recherche de sens, de connectivité et d'expériences profondes et significatives (Canda et al., 2019) avec les autres ou le tout Autre, la dyade spiritualité et religiosité nous semble plus appropriée. La religiosité « réfère au degré et au style d'implication religieuse de la personne » [traduction libre] (Canda et al., 2019, p. 98). La religiosité peut se décliner en deux pôles : la religiosité intrinsèque et la religiosité extrinsèque (Allport et Ross, 1967). La religiosité intrinsèque fait référence à la relation que la personne entretient avec les éléments de sens et d'expériences profondes dont il a été question ci-dessus. La religiosité extrinsèque fait référence au style d'implication de la personne, à travers, par exemple, l'adhérence à des pratiques organisées.

Dans le cadre de cette recherche, le terme **spiritualité** sera utilisé considérant qu'elle peut exister dans un contexte religieux ou non (Canda, 2013; Hodge, 2018a). Ce terme, actuellement conceptualisé dans le discours international en travail social comme concept plus large et englobant (Hodge, 2018), sera privilégié dans ce mémoire. L'avantage d'utiliser une définition large et continue de la spiritualité réside dans son caractère universel, où l'on conçoit que chaque personne a une spiritualité (Canda, 2013; Hodge, 2015), qu'elle inclut et transcende la religion (Canda et al., 2019) et que les professionnels sont invités à explorer comment cette spiritualité se manifeste dans la vie de chaque personne (Crisp, 2019). Afin de rester fidèles aux résultats des écrits recensés et à l'instar de Oxhandler et Parrish (2016),

nous utiliserons parfois la terminologie religion/spiritualité (RS), en considérant que ces termes, de par les similitudes qu'ils peuvent évoquer et de par la façon qu'ils sont opérationnalisés, peuvent être interchangeables. Enfin, nous retiendrons en premier lieu la définition de la *Canadian Society for Spirituality and Social Work* (CSSSW) (2020a) :

La spiritualité est définie et expérimentée de façon unique par chaque être humain et peut s'exprimer à l'intérieur d'un vaste continuum de croyances, de récits, de rituels et de pratiques. La spiritualité implique communément des aspects de vie et de façons d'être qui fournissent une connectivité, un sens et un but. Les thèmes se rapportant à la spiritualité incluent l'identité, la foi, l'espoir, la paix, l'émerveillement, l'admiration, le mystère, la transformation et la transcendance. La spiritualité peut être exprimée de différentes façons, incluant la religion, les symboles, les métaphores, les rituels et les cérémonies. [traduction libre]

Dans cette définition, la spiritualité est conceptualisée en misant sur l'unicité de la définition et du vécu de chaque personne, tout en considérant la variabilité des aspects de vie, des thèmes et des modalités d'expression qui s'inscrivent à travers différents continuums (figure 1). Cette définition comporte l'avantage d'être ancrée dans un contexte canadien, ce qui permet une plus grande représentativité de la réalité sociale propre à notre étude, par rapport à une définition qui a été formulée dans un autre pays, et par conséquent dans un autre contexte culturel et social, comme ce sera le cas avec les définitions d'opérationnalisation.

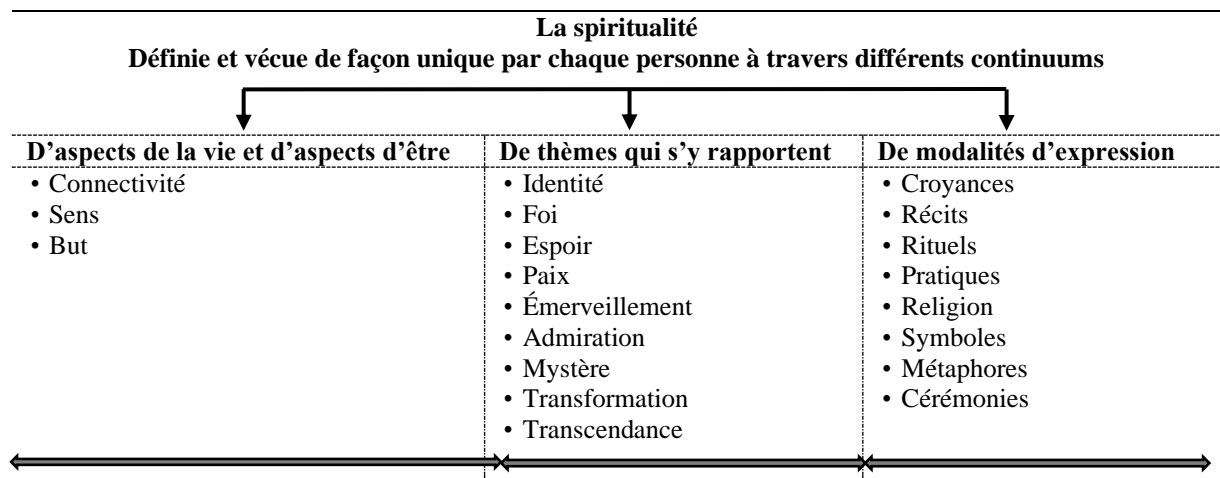


FIGURE 1. LA SPIRITUALITÉ ET LES THÈMES ASSOCIÉS À PARTIR DE LA DÉFINITION DE LA CANADIAN SOCIETY FOR SPIRITUALITY AND SOCIAL WORK (2020B)

3.2. L'opérationnalisation de la définition de la spiritualité et de la religion

En plus de la première définition identifiée dans la section précédente, une deuxième conceptualisation doit être intégrée afin de permettre l'opérationnalisation des variables dans le cadre d'une étude quantitative. Il s'agit des deux définitions fournies par l'outil standardisé de la RSIPAS, à savoir celle qui porte sur la spiritualité :

La spiritualité est une quête personnelle pour comprendre les réponses aux questions ultimes de la vie sur le sens et à propos de la relation au sacré ou au transcendant, ce qui peut (ou pas) mener au développement de rituels religieux et à la formation d'une communauté (Koenig et al., 2001, p. 18).

Et l'autre qui porte sur la religion :

La religion est un système de croyances et de pratiques respectées par une communauté, soutenu par des rituels qui reconnaissent, adorent, communiquent ou approchent le sacré, le divin, Dieu... ou la vérité ultime, la Réalité ou le Nirvana (Koenig, 2008, p. 11).

D'un point de vue méthodologique, les deux définitions fournies dans la RSIPAS doivent être conservées, principalement afin de respecter le plus fidèlement possible les

qualités psychométriques de l'échelle, telle qu'elle a été développée et opérationnalisée. Cependant, cela n'empêche pas d'intégrer à un niveau conceptuel la définition de la CSSSW. Par ailleurs, lorsque nous comparons les deux, nous observons que tous les concepts clés de la définition de la CSSSW se retrouvent soit dans la définition de la spiritualité ou celle de la religion de l'outil RSIPAS. Dans le cadre de cette étude, cela permet l'utilisation de l'outil tel que constitué initialement sans nécessiter d'ajout. Le tableau 3 présente les définitions de la spiritualité qui seront utilisées dans ce mémoire, en comparant les concepts abordés dans chacune d'elles.

3.3. Les dimensions de la RSIPAS

Les dimensions mesurées dans l'outil RSIPAS ont été élaborées à partir de la méthodologie Evidence-Based Practice (EPB), originaire des sciences médicales. Celle-ci est définie comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures pratiques démontrées empiriquement dans les décisions au sujet des soins des individus » [traduction libre] (Sackett et al., 1996, p. 71). Concrètement, ce modèle s'inscrit dans l'évolution du mouvement d'intégration de la pratique clinique empirique, visant à inspirer les praticiens à intégrer les connaissances issues de la recherche dans leur pratique (Kirk et Reid, 2002).

TABLEAU 3. COMPARAISON DES DÉFINITIONS DE LA SPIRITUALITÉ

Définition de la CSSSW (2020b)	Définitions utilisées dans l'outil RSIPAS (2016)
<p>La spiritualité «La spiritualité est définie et expérimentée de façon unique par chaque être humain et peut s'exprimer à l'intérieur d'un vaste continuum de croyances, de récits, de rituels et de pratiques. La spiritualité implique communément des aspects de la vie et des aspects d'être qui fournissent une connectivité, un sens et un but. Les thèmes communs se rapportant à la spiritualité incluent l'identité, la foi, l'espoir, la paix, l'émerveillement, l'admiration, le mystère, la transformation et la transcendance. La spiritualité peut être exprimée de différentes façons, incluant la religion, les symboles, les métaphores, les rituels et les cérémonies.» [traduction libre] (CSSSW, 2020)</p>	<p>La spiritualité «La spiritualité est une quête personnelle pour comprendre les réponses aux questions ultimes de la vie sur le sens et à propos de la relation au sacré ou au transcendent, ce qui peut (ou pas) mener au développement de rituels religieux et à la formation d'une communauté.» [traduction libre] (Koenig et al., 2001, p. 18)</p>
	<p>La religion «La religion est un système de croyances et de pratiques respectées par une communauté, soutenu par des rituels qui reconnaissent, adorent, communiquent ou approchent le sacré, le divin, Dieu... ou la vérité ultime, la Réalité ou le Nirvana.» [traduction libre] (Koenig, 2008, p. 11)</p>
Comparaison des concepts	
Concepts abordés dans la définition de la CSSSW (2020b)	Concepts abordés dans les deux définitions de l'outil RSIPAS (2016)
<ul style="list-style-type: none"> • Est définie et expérimentée de façon unique • Implique communément des aspects de la vie et des aspects qui fournissent [...] un sens et un but • Les thèmes communs incluent, l'identité, la foi, [...] l'émerveillement, l'admiration, le mystère, la transformation et la transcendance • Peut être exprimée de différentes façons, incluant la religion, les symboles, les métaphores, les rituels et les cérémonies ; • Peut s'exprimer à l'intérieur d'un vaste continuum de croyances [...] et de pratiques • Notion de connectivité 	<ul style="list-style-type: none"> • Une quête personnelle • Comprendre les réponses aux questions ultimes de la vie sur le sens • Comprendre les réponses [...] à propos de la relation au sacré ou au transcendent [...] rituels qui reconnaissent, adorent ou approchent le sacré • Peut mener au développement de rituels religieux et à la formation d'une communauté [...] rituels qui reconnaissent le divin, Dieu, la vérité ultime, la Réalité ou le Nirvana • Religion est un système de croyances et de pratiques • Notion de communiquer

L'EBP prenant de l'ampleur dans le domaine des sciences sociales au cours des deux dernières décennies, Rubin et Parrish (2011, p. 201) ont développé la première échelle pour « mesurer les indicateurs de l'orientation du praticien à l'égard de l'*Evidence-Based Practice* (EBP) » [traduction libre] : la *Evidence-Based Practice Process Assessment Scale* (EBPPAS). Par ailleurs, les auteurs expliquent que « le succès du mouvement de la EBP dépend largement du fait que les praticiens acceptent ce modèle comme étant important pour guider leur pratique, se sentent capables de l'utiliser, voient le EBP comme faisable et s'engagent, ultimement, dans ce modèle » [traduction libre] (Rubin et Parrish, 2010, p. 629).

À partir de cette description, il est possible de mettre en lumière les quatre indicateurs de cette échelle qui ont été transposés dans la RSIPAS 1) le sentiment d'efficacité personnelle, 2) les attitudes, 3) la faisabilité perçue et 4) la fréquence d'intégration. Cependant, il n'existe pas, à notre connaissance, de définition explicite de chacun de ces quatre concepts. Ainsi, nous appuierons notre analyse en fonction de définitions extraites à partir d'autres recherches en ayant le souci de les relier aux items de chaque sous-échelle. En somme, ces quatre indicateurs ont été créés pour mesurer l'orientation du travailleur social à intégrer la spiritualité dans la pratique et correspondent aux variables dépendantes (VD) qui seront étudiées.

3.3.1. Le sentiment d'efficacité personnelle

La première dimension mesurée dans l'échelle est le sentiment d'efficacité personnelle. Selon Lecomte (2004, p. 62), celui-ci est construit « à partir de quatre principales sources d'information : les expériences actives de maîtrise, l'apprentissage social, la persuasion par autrui et l'état physiologique et émotionnel ». Parmi les 13 items, on retrouve différents énoncés qui permettent d'aborder certaines de ces sources d'informations. À titre d'exemple, l'énoncé « *Je suis en mesure d'identifier les difficultés religieuses/spirituelles des clients (ex. tension ou conflit avec une réalité ultime, communauté religieuse/spirituelle, croyances spirituelles, etc.)* » se réfère à l'expérience active de maîtrise du TS. L'état physiologique et émotionnel est quant à lui abordé sous l'angle de ces deux énoncés : « *Je me sens à l'aise d'échanger sur les difficultés religieuses/spirituelles des clients* » et « *Je sens que j'ai les compétences pour aborder les forces religieuses/spirituelles des clients* ».

3.3.2. Les attitudes

La deuxième sous-échelle est celle des attitudes. Pickens (2005, p. 44), en se référant à la définition de l'auteur en psychologie sociale Allport (1935), qui considère une attitude « comme un état mental de disponibilité, organisé à travers l'expérience, exerçant une influence dynamique directive sur la réponse d'un individu aux objets et aux situations auxquelles elle est reliée » [traduction libre]. En d'autres mots, « l'attitude est un état d'esprit ou une tendance d'agir d'une certaine façon due à l'expérience individuelle de la personne et à son tempérament » [traduction libre] (Pickens, 2005, p. 44). Parmi les 12 items de cette sous-échelle, certains permettent de mesurer l'état d'esprit du TS quant à l'intégration de la spiritualité : « *Il est essentiel d'évaluer les croyances religieuses/spirituelles des clients dans la pratique* » et « *Je suis ouvert à en apprendre au sujet des croyances religieuses/spirituelles des clients qui peuvent différer des miennes* » en sont des exemples. L'impact de leur état d'esprit sur leurs interventions est également abordé à travers l'énoncé « *La sensibilité aux croyances religieuses/spirituelles des clients améliore la pratique* ».

3.3.3. La faisabilité perçue

La troisième sous-échelle est celle de la faisabilité perçue, fréquemment étudiée dans le domaine de l'entrepreneuriat. En effet, elle y est une composante essentielle afin d'évaluer les orientations et possibilités de création d'entreprises. Ainsi, en se référant au domaine de l'entrepreneuriat social, la faisabilité perçue se définit comme « le degré auquel les gens considèrent qu'ils sont personnellement en mesure de faire quelque chose » (Tan et al., 2020, p. 59) [traduction libre]. Cela peut s'appliquer lors de la mise sur pied d'une entreprise, mais

surtout, en ce qui nous concerne, dans l'implantation de pratiques qui intègrent la spiritualité en intervention. Parmi les 6 items de cette sous-échelle, l'énoncé « J'ai assez de temps pour identifier les forces ou les difficultés potentielles liées à la religion/spiritualité des clients » aborde plus spécifiquement les potentielles contraintes liées au temps. De plus, les contraintes qui pourraient être associées à l'environnement sont également mesurées : « Mon principal lieu d'exercice ne soutient pas l'intégration de la religion/spiritualité dans la pratique ».

3.3.4. Les comportements d'intégration

Enfin, la dernière sous-échelle est celle des comportements d'intégration. Celle-ci consiste à mesurer la fréquence à laquelle les TS utilisent ou réalisent une action en lien avec la prise en compte de la spiritualité. Parmi les 12 items figurent des énoncés tels que : « *J'implique les clients dans la prise de décisions à savoir si leurs croyances religieuses/spirituelles devraient être intégrées dans notre travail ensemble* » et « *J'effectue une évaluation biopsychosociale spirituelle complète avec chacun des clients* ». Par ailleurs, l'aspect de la formation continue est également abordé : « *Je lis sur les résultats de recherche concernant la religion/spiritualité et leur relation avec la santé pour guider les décisions de ma pratique* ».

CHAPITRE 4 — MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre aborde les divers aspects méthodologiques ayant structuré la démarche de la présente recherche. Les objectifs et le type d'étude sont d'abord présentés, suivis de la population à l'étude, de l'échantillonnage et des stratégies de recrutement des participants. Enfin, les éléments en lien avec la collecte de données comme les instruments utilisés et le déroulement de la recherche sont détaillés.

4.1. Les objectifs de recherche

L'objectif principal de ce projet de recherche est d'évaluer l'influence des facteurs individuels sur la prise en compte de la spiritualité en intervention sociale chez les travailleurs sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Plus précisément, l'étude vise l'atteinte de deux objectifs spécifiques de différents ordres. Le premier objectif est d'ordre méthodologique, tandis que le second vise à documenter les interactions possibles entre les différents facteurs. Les objectifs se déclinent ainsi :

1. Procéder à une traduction et à une adaptation culturelle de la Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale (RSIPAS) de l'anglais vers le français ;
2. Identifier les variables (genre, âge, niveau d'étude, nombre d'années de pratique, formation antérieure reçue en lien avec la spiritualité, milieu de pratique, contexte de pratique, population accompagnée, degré de spiritualité, degré de religiosité et importance de la spiritualité) qui influencent l'intégration globale de la spiritualité en intervention chez les TS à partir de 4 sous-dimensions : le sentiment d'efficacité personnelle, les attitudes, la faisabilité perçue et les comportements d'intégration.

4.2. Le type d'étude

Le type d'étude privilégié dans le cadre de cette recherche s'inscrit dans une approche principalement descriptive, car l'objectif est « [d']identifier les composantes d'une situation donnée et [...] [de] décrire la relation qu'il existe entre ces composantes » (Robert, 1988, p. 49). Pour ce faire, une approche quantitative non probabiliste avec questionnaire structuré a été choisie. Silva et Sousa (2016, p. 176) indiquent que « l'approche quantitative se base sur l'observation de faits objectifs, d'événements et de phénomènes qui existent indépendamment du chercheur ». Pour sa part, Guay (2014, p. 3) souligne que les méthodes quantitatives consistent à travailler « avec un ensemble de données prélevées sur la base d'une unité commune [et que] ces données peuvent être ensuite regroupées, comparées et quantifiées », processus qui sera facilité par le questionnaire. À cet égard, les variables à l'étude sont de nature continue, puisqu'elles sont mesurées à partir d'une échelle ordinale de type Likert.

Il importe de souligner qu'il existe des réserves quant au choix d'un devis quantitatif sur le sujet de la spiritualité. Pour Moberg (2002), les mesures quantitatives ne peuvent pas évaluer de façon complète la nature subjective de la spiritualité. Cette observation ne doit pas être écartée et doit être considérée tout au long de ce projet de recherche. Or, notre étude vise à documenter dans quelle mesure la spiritualité est prise en compte dans le processus d'intervention des travailleurs sociaux et quels sont les facteurs qui sont associés à cette intégration. Sans prétendre évaluer de façon complète ce qui touche à la spiritualité, l'étude vise à développer de nouvelles connaissances qui seront complémentaires à d'autres

recherches de nature qualitative, qui permettent de traiter les aspects plus difficilement quantifiables (Deslauriers, 1991) du sujet à l'étude.

4.3. La population

La population à l'étude est constituée de travailleurs sociaux membres de l'OTSTCFQ pratiquant sur le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean (SLSJ) (N=710) (Gouvernement du Canada, 2019). Les participants devaient remplir les critères d'inclusion suivants : 1) avoir effectué un baccalauréat ou une maîtrise en travail social dans une université au Québec ; 2) être membre de l'OTSTCFQ et 3) pratiquer actuellement dans le domaine de l'intervention sociale au SLSJ. Le seul critère d'exclusion était l'incompréhension du français écrit, puisque le questionnaire en ligne était rédigé dans cette langue.

4.4. La stratégie d'échantillonnage et l'échantillon

Le recrutement des participants s'est effectué à l'aide de trois canaux de communication. Dans un premier temps, le service des communications de l'OTSTCFQ a fait parvenir un courriel de recrutement contenant l'explication du projet, l'affiche de recrutement et le lien pour accéder au questionnaire en ligne aux TS qui pratiquent au SLSJ par l'entremise de la liste de leurs membres. Dans un deuxième temps, l'équipe de coordination régionale de l'OTSTCFQ a partagé les informations relatives à la recherche, c'est-à-dire un message explicatif, l'affiche de recrutement et le lien pour accéder au questionnaire sur le groupe Facebook réservé aux membres du SLSJ. Enfin, dans une optique

d'augmenter la visibilité de l'étude et de recruter davantage de participants, deux publications contenant les mêmes informations que celle publiée avec la collaboration du comité régional ont été effectuées sur Facebook à deux moments différents sur le groupe de l'Unité d'enseignement en travail social de l'Université du Québec à Chicoutimi. La période de recrutement s'est échelonnée sur une période de six semaines, soit du 1^{er} décembre 2020 au 8 janvier 2021. Au total, 43 participants répondant aux critères d'inclusion ont répondu au questionnaire en ligne. Parmi ceux-ci, trois ont été écartés parce qu'ils n'avaient répondu à aucune question du troisième volet qui représentait le cœur de l'étude. L'échantillon final de l'étude est par conséquent constitué de 40 participants, ce qui est considéré comme suffisamment grand pour mener différents tests statistiques (Howell et al., 2008).

4.5. Les outils de collecte de données

Cette section aborde les différents outils de collecte de données qui ont constitué le questionnaire en ligne de notre étude. Afin de faciliter la collecte et l'analyse des données et de façon cohérente avec le choix du devis quantitatif, la formule qui a été utilisée est celle du questionnaire structuré autorapporté. Celui-ci qui prend la forme d'un regroupement de questions standardisées avec un schéma fixe qui utilise la même formulation et le même ordre spécifique pour chaque participant (Cheung, 2014). Il apporte par ailleurs différents avantages, dont « un moindre coût, une passation rapide [...] et une faible influence de la part de l'évaluateur sur les réponses du répondant » (Corbière et Larivière, 2020, p. 705). Au total, 58 questions réparties en trois sections ont été présentées aux participants : le questionnaire sociodémographique (13 items), les questions pour mesurer la religiosité et la spiritualité (3 items) ainsi qu'une version adaptée en français de la Religious/Spiritually Integrated Practice

Assessment Scale (40 items). À la fin du questionnaire, les participants avaient également l'occasion de laisser des commentaires, ce qui a permis de recueillir du matériel qualitatif. Le questionnaire final est présenté à l'Annexe 2.

4.5.1. Le questionnaire sociodémographique

La première partie du questionnaire comprenait 13 items abordant les caractéristiques sociodémographiques du participant telles que le genre, l'âge, la formation académique en travail social, les années d'expérience dans la pratique, la formation reçue sur la spiritualité, le milieu de pratique principal, les populations au cœur de leur pratique et les contextes de pratique. Certaines de ces questions proviennent de questionnaires existants tandis que d'autres ont été élaborées spécifiquement pour cette recherche. Les réponses obtenues dans cette section ont permis d'analyser les réponses des participants en les contextualisant à travers les différentes variables de contrôle et les variables indépendantes identifiées préalablement.

4.5.2. Les questions pour mesurer la spiritualité et la religiosité

La deuxième partie comprenait trois questions qui avaient comme objectif de mesurer la religiosité et la spiritualité des participants. Nous avons constitué celles-ci à partir d'outils proposés par deux auteurs : Hodge (2015) et Tapia-V et Tinoco-Amador (2012). La première question est une version adaptée en français de celle proposée par Hodge (2015, p. 38) à partir de l'outil I-CARING : « How important is spirituality or religion to you? », devenue :

- 1) Dans quelle mesure la spiritualité est-elle importante pour vous ?

Le participant était invité à répondre sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant une absence totale d'intérêt et 10 représentant l'aspect le plus important dans leur vie.

De plus, nous avons opté pour une version adaptée de la question « Dans quelle mesure vous considérez-vous comme religieux ? » de l'étude de Tapia-V et Tinoco-Amador (2012, p. 68). Par souci de cohérence avec l'approche conceptuelle retenue dans le cadre de ce mémoire, cette question a été divisée en deux, afin de distinguer le caractère « spirituel » et « religieux », pour obtenir :

2) Dans quelle mesure vous considérez-vous comme **spirituel** ?

3) Dans quelle mesure vous considérez-vous comme **religieux** ?

Cette fois-ci, les participants étaient invités à répondre sur une échelle de 0 à 100, 0 étant l'indicateur le plus faible et 100 le plus élevé.

4.5.3. La Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale

Comme soulevé par la recension des écrits effectuée par Oxhandler et Pargament (2014), peu d'études ont cherché à comprendre le point de vue des TS sur l'intégration de la spiritualité dans leurs interventions. Devant les différentes limites des outils existants, une échelle a été développée par Oxhandler et Parrish (2016) : la *Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale* (RSIPAS), présentée en langue originale à l'Annexe 1. La RSIPAS a été créée afin d'évaluer différentes dimensions de l'intégration des croyances religieuses et spirituelles de la personne accompagnée en intervention. Elle est la seule échelle de ce type à remplir les critères de cohérence interne ($\alpha = .95$), de validité (entre .87 et .92), de validité discriminante ($> .85$) et de validité factorielle ($p < .01$). Composée de 40 items, elle se décline

en quatre sous-échelles : efficacité personnelle (13 items) ; attitudes (12 items) ; faisabilité perçue (6 items) et comportements d'intégration (9 items). En somme, chaque item est évalué par le participant à partir d'une échelle de Likert à cinq points. À des fins d'analyse, un score est associé à chaque réponse. Ainsi, à l'exception de trois items pour lesquels les scores doivent être inversés (énoncé 12 de la deuxième sous-échelle, 3 et 4 de la troisième sous-échelle), les scores sont calculés de cette façon : fortement en désaccord/jamais = 1 point ; en désaccord/rarement = 2 points ; ni en encore ni en désaccord/parfois = 3 points ; en accord/souvent = 4 points ; fortement en accord/très souvent = 5 points. Par conséquent, un score plus élevé signifie un accord plus grand avec l'énoncé. Le tableau 4 de la section 4.7 présente les différents α de Cronbach obtenus lors de la validation originale de l'échelle en comparaison avec ceux obtenus lors de la traduction utilisée pour cette étude.

4.6. Le déroulement de la recherche

La recherche s'est déclinée en deux volets. Le premier volet a été consacré à l'adaptation de l'échelle Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale (RSIPAS) de l'anglais vers le français, tandis que le deuxième volet a consisté à mener l'enquête à proprement dite. Cette section aborde les différentes étapes de chaque volet.

4.6.1. Volet 1 : L'adaptation de la Religious/Spiritually Integrated Practice

Assessment Scale

Comme un instrument qui mesure différents aspects de l'intégration de la spiritualité en travail social existe déjà en langue anglaise et qu'il n'y avait, à notre connaissance, aucune

traduction française, le premier volet de cette recherche se concentre sur la traduction de l'anglais vers le français de l'échelle RSIPAS.

Comme Jones et Kay l'ont soulevé (1992), la traduction simple, en tant que méthodologie la plus souvent utilisée en recherche, n'est pas suffisante pour rendre une version qui soit adaptée culturellement. Il existe à cet égard deux types de traduction : symétrique et asymétrique (Werner et Campbell, 1970). La traduction symétrique est la plus recommandée, car elle fait référence à la fidélité d'équivalence de sens entre la langue de départ et celle ciblée (Sousa et al., 2011), ce qui s'inscrit également dans un type de processus de traduction qui « cherche à reproduire ou à réexprimer le “sens” de la langue de départ dans la langue d'arrivée » (Anthony Lewis, 2003, p. 412). Il peut être éclairant de considérer que la traduction tente « de comprendre comment, tout en sachant qu'on ne dit jamais la même chose, on peut dire presque la même chose » (Eco, 2007, p. 10). En ce sens, « une traduction ne concerne pas seulement un passage entre deux langues, mais entre deux cultures [...] [et doit tenir] compte des règles linguistiques, mais aussi d'éléments culturels, au sens le plus large du terme » (Eco, 2007, p. 190). Selon la classification des types de textes de Tabernig de Pucciarelli, citée dans Reiss (2014, p. 18), « les textes techniques et scientifiques [...] requièrent d'abord des connaissances théoriques et pratiques dans le domaine ciblé, puis des connaissances linguistiques pour couvrir la terminologie spécifique du champ à l'étude » [traduction libre]. En considérant ces éléments, la démarche de traduction s'est déclinée en trois étapes, qui sont présentées à la Figure 2.

4.6.1.1. Étape 1 : Traduction préliminaire

La première étape consiste à partir de la langue source (LS) de l'échelle, l'anglais, pour produire une version préliminaire dans la langue cible (LC), le français. Il s'agit de la première étape de la méthodologie de Vallerand (1989). Considérant les aspects inhérents à l'envergure et aux ressources disponibles dans le cadre de ce mémoire, cette étape a été effectuée par l'étudiante-chercheure qui possède également une formation universitaire en sciences du langage. Ses connaissances avancées de la langue anglaise et de la langue française lui ont permis d'adopter une posture adéquate dans le cadre d'une traduction préliminaire de l'échelle, tout en présentant des avantages sur le plan de l'économie de ressources humaines et monétaires (Maneesriwongul et Dixon, 2004). L'aboutissement de la version préliminaire contenait chaque item en anglais associé à chaque item traduit en français.

4.6.1.2. Étape 2 : Méthode de consensus

Afin de limiter les biais relatifs à la subjectivité de la traduction préliminaire, une méthode de consensus s'inscrivant dans une visée qualitative a été associée à la première étape. La technique de consensus utilisée dans ce projet s'inspire de la déclinaison en deux étapes de la méthode Delphi, c'est-à-dire le recrutement des évaluateurs et le processus de communication (Maleki, 2009). Le processus s'est articulé en deux temps : l'évaluation indépendante à l'écrit et les échanges en groupe. L'utilisation de cette méthodologie vise à obtenir, à l'aide d'une méthode de consensus, une version traduite qui soit culturellement adaptée et qui respecte le plus possible les valeurs de validité de l'outil. Ce type de méthode

« propose donc de relever les soucis méthodologiques par la définition d'un consentement et la mise en œuvre des échanges entre experts en vue d'arriver à une convergence de jugement » (Maleki, 2009, p. 20).

4.6.1.2.1. Recrutement des évaluateurs

L'étudiante a fait appel à deux chercheurs en tenant compte de différents aspects : leur expertise et de leurs compétences vis-à-vis le sujet (Ducos, 1983; Hasson et al., 2000), leur connaissance de la LS et de la LC, leur intérêt, leur disponibilité ainsi que leurs connaissances du contexte socioculturel québécois. Une fois les évaluateurs trouvés, l'étudiante-chercheure a facilité la mise en pratique du processus de communication en leur faisant parvenir par courriel un document contenant l'échelle originale en anglais et la traduction préliminaire proposée en français.

4.6.1.2.2. Évaluation écrite indépendante

L'évaluation s'est effectuée à l'écrit de façon individuelle pour chacun, limitant ainsi les biais potentiels liés à l'influence des scores entre les évaluateurs. Les évaluateurs ont été invités à inscrire leurs commentaires concernant la traduction proposée et à relever les éléments avec lesquels ils n'étaient pas en accord, à partir d'une échelle Likert à quatre paliers : Pas du tout d'accord (1) – Un peu en accord (2) – Moyennement en accord (3) – Totalelement en accord (4). Pour chaque item auquel ils attribuaient un score inférieur ou égal à 2, ils étaient invités à indiquer leurs commentaires et leurs propositions. Ils pouvaient également inscrire des commentaires même si le score était de 3 ou 4. Une fois l'exercice

terminé, les évaluateurs ont renvoyé la version annotée. L'étudiante-chercheuse a ensuite rassemblé les items qui avaient obtenu un score inférieur ou égal à deux et ceux ayant été annotés afin de préparer la séance d'échanges en groupe.

4.6.1.2.3. *Échanges en groupe*

Lors d'une rencontre en visioconférence, les deux évaluateurs et l'étudiante-chercheuse ont échangé sur les items dont la traduction était insatisfaisante. L'objectif était qu'à la fin de cette rencontre, les trois membres du groupe aient pu discuter de chaque item de l'échelle. Par ailleurs, cette rencontre a donné lieu à des réflexions sur l'utilisation de certains termes dont la traduction « littérale » ne reflétait pas les aspects culturels propres au contexte de pratique québécois. Ainsi, il a été convenu de remplacer le mot *thérapie* par *intervention* et remplacer l'utilisation de la terminologie *mon/mes client(s)* par *le/les/du/des client(s)*, afin de soustraire l'élément linguistique de la possession. De plus, l'énoncé 3 de la première sous-échelle qui se traduisait initialement par : « *Je sais quoi faire si mon client aborde des pensées concernant être possédé par Satan ou le Diable* » a été modifié pour lui donner un sens plus générique : « *Je sais comment agir si le client rapporte être sous l'emprise de pensées divines ou démoniaques* ». Ce choix a été effectué de manière à tenir compte du contexte culturel québécois.

Par ailleurs, considérant que lors de la conception d'un outil standardisé, une seule idée par énoncé devrait être privilégiée en misant sur la clarté et la spécificité (Corbière et Larivière, 2020), cet exercice a mis en lumière certaines lacunes initiales du questionnaire. En effet, certaines formulations originales étaient parfois répétitives, longues ou abordaient

plus d'une idée. Par exemple, l'énoncé 2 de la sous-échelle attitude répète des termes inutilement : *Integrating **clients**' religious/spiritual needs during treatment helps improve **client** outcomes*. Ainsi, lors de la traduction, nous avons retiré la seconde mention en lien avec le client : *Intégrer les besoins spirituels/religieux des clients aide à améliorer le résultat de l'intervention*. De cette même façon, l'énoncé 4 *Integrating **clients**' religious/spiritual beliefs in treatment helps **clients** meet their goal* a été traduit de la manière suivante : *Intégrer les croyances religieuses/spirituelle des clients dans le traitement les aident à atteindre leurs buts*. De plus, certains énoncés étaient longs et abordaient plus d'une idée. Par exemple, l'énoncé 3 de la sous-échelle fréquence, *I read about research evidence on religion/spirituality and its relationship to health to guide my practice decisions*, contient deux idées. On retrouve d'abord celle de lire sur les résultats de recherche, suivie de celle d'utiliser ces lectures pour guider la pratique. Nous avons respecté cette formulation pour respecter les qualités psychométriques de l'outil et l'avons traduite comme suit : *Je lis sur les résultats de recherche concernant la religion/spiritualité et leur relation avec la santé pour guider les décisions de ma pratique*. Nous avons procédé de la même manière pour l'énoncé 5 de la sous-échelle faisabilité perçue avec l'énoncé *Given the many issues that must be addressed in treatment, I still find time to integrate my clients' religion/spirituality if they communicate a preference for this*. Celle-ci comprend deux idées : celle de trouver du temps malgré les contraintes liées aux paramètres à prendre en compte et celle d'intégrer la R/S si le client manifeste un intérêt. Nous l'avons traduite ainsi : *Malgré les différents paramètres qui doivent être considérés en intervention, je trouve du temps pour intégrer la religion/spiritualité des clients s'ils manifestent leur intérêt*.

4.6.1.2.4. Production d'une version consensuelle

À la suite des commentaires soulevés lors de la séance d'échanges de groupe, l'étudiante-chercheure a procédé aux différentes modifications et a produit une deuxième version de la traduction, qu'elle a soumise à nouveau aux évaluateurs. L'objectif était que chaque évaluateur soit en accord avec la traduction produite. Des changements mineurs ont été apportés aux items problématiques afin de produire une version consensuelle prête à soumettre à la prochaine étape.

4.6.1.3. Étape 3 : Évaluation prétest

Enfin, nous avons procédé à une évaluation prétest auprès de six participants, afin de : a) déterminer le temps nécessaire pour remplir le questionnaire, b) nous assurer de la clarté des questions et c) nous assurer du bon déroulement du questionnaire sur la plateforme en ligne. Le temps moyen autorapporté pour remplir le questionnaire était de 13,6 minutes. Nous avons également ajusté les éléments qui ont été soulevés par les participants, notamment sur le plan typographique. Le processus de traduction culturelle est présenté à la Figure 2.

Le choix méthodologique de procéder à une traduction sans validation s'inscrit dans la prise en compte des critères de faisabilité, d'ampleur, de temps et de ressources disponibles (Chevrier, 2003) inhérents à la recherche dans le cadre d'un mémoire de maîtrise. À cet égard, il est important de noter que la traduction, l'adaptation et la validation d'instruments de mesure sont des étapes qui requièrent beaucoup de temps et de ressources (Sousa et al.,

2011). De plus, le choix de la méthodologie s'inscrit de façon cohérente avec les objectifs de l'étude qui visent à brosser un portrait de la situation dans une visée exploratoire. Les résultats doivent être analysés en tenant compte de cette limite.

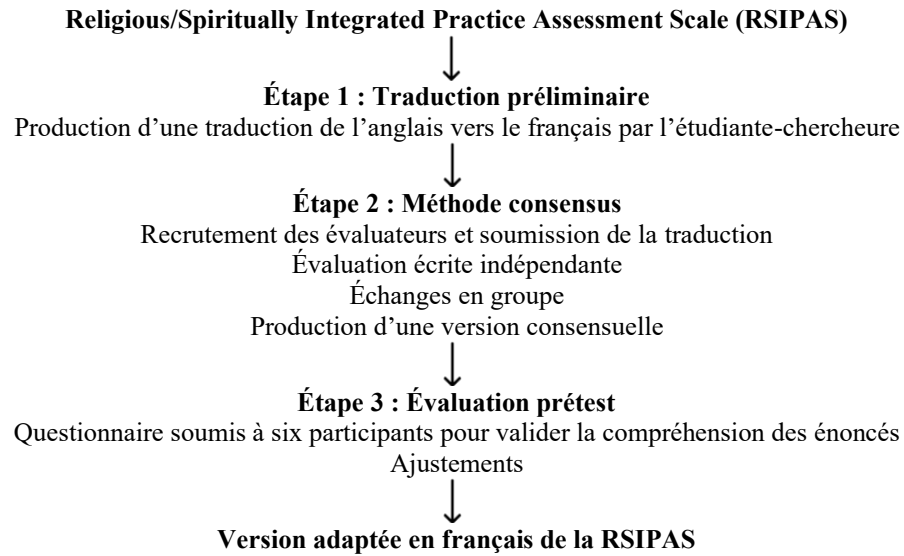


FIGURE 2. PROCESSUS DE TRADUCTION CULTURELLE DE LA RSIPAS

4.6.2. Volet 2 : L'administration des questions

Le deuxième volet a consisté à envoyer les invitations à participer à la recherche et à soumettre le questionnaire aux participants à travers une plateforme informatique qui permettait de recueillir les réponses. Dans le cadre de cette recherche, la plateforme LimeSurvey a été utilisée conformément aux normes en vigueur à l'Université du Québec à Chicoutimi. Il s'agit d'un logiciel libre et gratuit et d'une « application Web permettant d'élaborer un questionnaire, de le diffuser, de recueillir des données, de produire des statistiques à partir de ces résultats et de les exporter vers d'autres applications » (Plaisent et al., 2018, p. 37). Le temps requis pour remplir le questionnaire en ligne a été évalué à 15 minutes lors de la passation du questionnaire aux participants dans la phase de prétest, durée considérée optimale. Comme soulevé par Plaisent et al. (2018, p. 28), « les enquêtes en ligne doivent idéalement être terminées dans un délai de 15 à 20 minutes pour garantir une bonne qualité de réponse et un taux de complétion satisfaisant ».

4.7. Le traitement et l'analyse des données

Des analyses statistiques de régression et de variance ont été effectuées afin d'examiner les distributions ainsi que les relations entre les différentes variables à l'étude. Les analyses ont été conduites à partir du *Statistical Analysis System* (SAS, version 9), un logiciel spécialisé dans le traitement statistique des données. Nous avons procédé à des analyses descriptives à partir des données sociodémographiques afin de mettre en évidence le profil des participants. De plus, nous avons effectué des analyses corrélationnelles et de variance afin de dégager les associations entre les variables et des différences entre des sous-groupes

au regard de l'intégration de la spiritualité en travail social. Pour ce faire, des régressions linéaires et logistiques ont été conduites, notamment parce qu'elles permettent de « prédire une variable dépendante (VD) à partir d'une ou de plusieurs variables indépendantes (VI) » (Corbière et Larivière, 2020, p. 512).

4.7.1. Modélisation : modèles globaux et modèles réduits

Pour chaque score obtenu, nous avons d'abord produit un modèle global dans lequel nous avons inséré les variables suivantes : le genre, l'âge, la religion, le niveau d'étude, le nombre d'années de pratique, la formation reçue sur la spiritualité, le milieu de pratique, la population accompagnée, le contexte de pratique, l'importance de la spiritualité, l'évaluation du degré de spiritualité et de religiosité. Dans un deuxième temps, à partir du modèle global, la méthode de sélection par élimination descendante a été utilisée. Elle « consiste [...] à inclure toutes les VI dans l'équation et à exclure celles qui ne contribuent pas de façon significative à l'explication de la variance de la VD » (Corbière et Larivière, 2020, p. 517). Ce procédé est répété jusqu'à ce que chaque variable contenue dans le modèle contribue de façon significative à la variance. Ce processus permet ainsi d'obtenir un modèle réduit que nous avons comparé avec le modèle global. Cette façon de procéder permet de prendre en compte les forces et les limites de chaque type de modèle. À cet effet, le modèle global a comme principale force de diminuer les chances de biais, mais aussi les chances d'obtenir un résultat significatif. À l'inverse, le modèle réduit augmente les chances d'obtenir des résultats significatifs, mais également les chances d'obtenir des biais. Le seuil alpha a été fixé à 95 % ($p < 0.05$) pour chaque analyse, à moins d'indication contraire. Des valeurs manquantes ont été assignées au score total et aux scores des sous-échelles lorsqu'il y avait une réponse

manquante. Cela diminue le biais relatif à l'impact de l'absence de valeur numérique sur les scores respectifs. Enfin, les postulats d'homogénéité de la variance des résidus et de normalité des résidus sont validés pour chaque modèle présenté.

4.7.2. *Évaluation de la cohérence interne de la traduction française*

Afin d'évaluer la traduction française utilisée dans le cadre de notre étude et de comparer nos résultats à ceux de l'échelle originale, nous avons calculé la cohérence interne à l'aide de l'alpha de Cronbach (α), le score moyen et l'écart-type pour l'échelle totale et chaque sous-échelle. Ces résultats sont présentés au tableau 4. La cohérence interne de la version adaptée en français de la RSIPAS est de .94, ce qui est considéré comme excellent (Taber, 2018). De plus, elle est très près de celle obtenue lors de l'élaboration de l'échelle originale en anglais ($\alpha = 0.95$). Par ailleurs, toutes les sous-échelles de la version traduite se situent au-dessus de la référence traditionnelle acceptable de .70 (Tavakol et Dennick, 2011). Pour les sous-échelles du sentiment d'efficacité personnelle, des attitudes et de la faisabilité perçue, le coefficient alpha est de .86, ce qui est considéré comme bon (Gliem et Gliem, 2003), alors que dans l'échelle originale on retrouvait pour chacune de ses échelles un α de respectivement de .91, .88 et .84. La plus grande différence entre les deux versions réside dans la sous-échelle *fréquence*, qui a un coefficient de .77 alors qu'elle a obtenu .87 lors de l'étude originale. Les scores moyens sont, quant à eux, tous moins élevés dans le cadre de notre étude par rapport à ceux obtenus pour les travailleurs sociaux ayant participé à la recherche originale. On retrouve par exemple un score moyen de l'échelle totale à 126.11 pour cette présente étude comparativement à 153.53 pour l'étude d'Oxhandler et Parrish (2016).

TABLEAU 4. COMPARAISON DU COEFFICIENT DE CRONBACH, DU SCORE MOYEN ET DE L'ÉCART-TYPE DE LA RSIPAS ADAPTÉE EN FRANÇAIS ET DE L'ORIGINAL

Étude avec échelle adaptée en français			
Échelle (Nombre d'items, N)	Coefficient α	Score moyen	Écart-type
Échelle totale (40, 35)	0.94	126,11	22,27
Sentiment d'efficacité personnelle quant à l'intégration de la R/S dans la pratique (13, 38)	0.86	43,29	8,19
Attitudes quant à l'intégration de la R/S dans la pratique (12, 37)	0.86	46,59	6,90
Faisabilité quant à l'intégration de la R/S dans la pratique (6, 38)	0.86	17,05	4,89
Fréquence d'intégration de la R/S dans la pratique (9, 39)	0.77	19,64	5,68
Étude originale avec échelle en anglais (Oxhandler et Parrish, 2016, p. 302)			
Échelle (Nombre d'items, N)	Coefficient α	Score moyen	Écart-type
Échelle totale (40, 393)	0.95	153.53	21.05
Sentiment d'efficacité personnelle quant à l'intégration de la R/S dans la pratique (13, 439)	0.91	52.92	7.28
Attitudes quant à l'intégration de la R/S dans la pratique (12, 445)	0.88	48.07	6.65
Faisabilité quant à l'intégration de la R/S dans la pratique (6, 454)	0.84	24.05	3.73
Fréquence d'intégration de la R/S dans la pratique (9, 437)	0.87	28.10	6.67

4.8. Les considérations éthiques

Puisqu'elle implique la participation d'êtres humains, cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi (CÉR-UQAC) (2021-572), présentée à l'Annexe 3. Tel que requis par le CÉR, un formulaire d'information et de consentement relatant les objectifs, le déroulement, les implications et les modalités de la recherche a été présenté à chaque participant au début du questionnaire. À la suite de la lecture de cette section, le participant avait le choix d'indiquer s'il acceptait, ou non de participer à l'étude. Le consentement a donc été obtenu en ligne (Annexe 4). L'anonymat des participants a été respecté ; aucune information nominative ou identificatoire permettant d'identifier les participants n'a été recueillie, ce qui a rendu l'accès à l'identité des participants impossible pour qui que ce soit, y compris les chercheurs. Les coordonnées de l'étudiante-chercheuse étaient inscrites au début du questionnaire ainsi que dans les différents outils de recrutement (affiche et courriel), afin que les participants puissent la contacter pour poser leurs questions, le cas échéant. Les données recueillies ont été déposées sur une base de données sécurisée approuvée par le CÉR, en étant protégées par un mot de passe. Elles seront conservées pour une période de 10 ans après le dépôt initial du mémoire, soit jusqu'en 2031. À l'intérieur de cette période, elles pourront être utilisées ultérieurement par nous ou par d'autres chercheurs. Une fois le délai passé, les données seront détruites à l'aide d'un logiciel de destruction de fichiers.

CHAPITRE 5 — PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'étude. Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont d'abord exposées, suivies de leur niveau de spiritualité et de religiosité. Enfin, les modèles globaux et réduits obtenus à la suite des analyses de régression et de variance sont présentés pour l'échelle globale et pour chacune des sous-échelles : sentiment d'efficacité personnelle, attitudes, faisabilité perçue et fréquence des comportements d'intégration.

5.1. Les caractéristiques de l'échantillon

Dans cette section, les caractéristiques sociodémographiques, le niveau de spiritualité et de religiosité et l'importance de la spiritualité ainsi qu'une description des réponses obtenues à la RSIPAS sont présentés.

5.1.1. Les caractéristiques sociodémographiques

Au total, 40 questionnaires remplis ont été conservés à des fins d'analyse. Les caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le tableau 5. L'échantillon est composé majoritairement de femmes (92,5 %) et d'une seule personne s'identifiant comme autochtone (2,5 %). La moyenne d'âge est de 38,6 ans (ET : 9,61, Min : 25, Max : 59) et le nombre d'années de pratique moyen est de 11,55 ans (ET : 8,90, Min : 1, Max : 32). Quant à leur formation académique, 77,5 % possèdent un baccalauréat et 22,5 % ont une maîtrise en travail social. Une grande majorité a indiqué n'avoir jamais reçu de formation antérieure sur

la prise en compte de la spiritualité en travail social ou dans les soins de santé (90 %). Plus de la moitié de l'échantillon a comme milieu de pratique principal le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) (62,5 %), tandis que les autres pratiquent au sein d'organismes communautaires (12,5 %), en pratique privée (12,5 %), en milieu scolaire (10 %) ou dans un autre milieu, dans ce cas-ci la fonction publique (2,5 %). Ils œuvrent principalement auprès d'adultes (57,5 %), de personnes âgées (22,5 %) et d'enfants (20 %). Les contextes d'intervention varient de la santé mentale (41,03 %), au soutien à domicile (12,82 %) et dans une même mesure en déficience intellectuelle et physique, en protection de la jeunesse et en soins palliatifs (7,69 % chaque).

5.1.2. Le niveau de religiosité et l'importance de la spiritualité des participants

Les caractéristiques en lien avec l'appartenance religieuse, le niveau de religiosité et le niveau de spiritualité sont présentées au tableau 6. Les participants ont répondu en majorité avoir une appartenance à une religion chrétienne (55 %), suivie d'aucune appartenance à aucune religion (athée, agnostique, humaniste) (40 %). Deux personnes ont signalé avoir une appartenance autre, qu'ils ont respectivement libellé « spiritualité libre » (P12) et « chrétienne avec ouverture bouddhiste et autochtone » (P29). En moyenne, les participants ont évalué l'importance de la spiritualité dans leur vie à 5,79 sur 10 (ET : 2,89, Min : 0, Max : 10). Ils se considèrent comme « spirituel » dans une mesure de 57,23 sur 100 (ET : 31,18, Min : 0, Max : 100) et « religieux » dans une mesure de 15,63 sur 100 (ET : 22,13, Min : 0, Max : 80, Médiane : 7,5).

TABLEAU 5. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS

Caractéristique (n=40)	M	ET
Âge	38,6	9,61
Nombre d'années de pratique	11,55	8,90
	N	%
Genre		
Femme	37	92,50
Homme	3	7,50
Statut autochtone		
Non-autochtone	39	97,50
Autochtone	1	2,50
Formation académique		
Baccalauréat en travail social	31	77,50
Maîtrise en travail social	9	22,50
Formation antérieure sur la spiritualité		
Oui	4	10,00
Non	36	90,00
Milieu de pratique principal		
Centre de santé et de services sociaux (CIUSSS)	25	62,50
Organisme communautaire	5	12,50
Milieu scolaire	4	10,00
Pratique privée	5	12,50
Autre	1	2,50
Population accompagnée		
Enfants/adolescents	8	20,00
Adultes	23	57,50
Personnes âgées	9	22,50
Contexte principal d'intervention¹		
Déficience intellectuelle ou physique	3	7,69
Protection de la jeunesse	3	7,69
Famille	2	5,13
Santé mentale	16	41,03
Soins palliatifs	3	7,69
Soutien à domicile	5	12,82
Victimes d'actes criminels	2	5,13
Autre	5	12,50
¹ n= 39		

TABLEAU 6. APPARTENANCE RELIGIEUSE, RELIGIOSITÉ ET SPIRITUALITÉ DES PARTICIPANTS

Appartenance religieuse (n=40)	N	%
Chrétienne	22	55,00
Aucune religion (Athée, Agnostique, Humaniste)	16	40,00
Autres appartenances	2	5,00
Item	M	ET
Sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant l'absence totale d'intérêt et 10 représentant la chose la plus importante dans votre vie, dans quelle mesure la spiritualité est-elle importante pour vous ? ¹ (n=39)	5,79	2,89
Sur une échelle de 0 à 100, 0 étant l'indicateur le plus faible et 100 le plus élevé, dans quelle mesure vous considérez-vous comme spirituel ? ² (n=40)	57,23	31,18
Sur une échelle de 0 à 100, 0 étant l'indicateur le plus faible et 100 le plus élevé, dans quelle mesure vous considérez-vous comme religieux ? ² (n=40)	15,63	22,13

¹ Question adaptée en français de l'outil I-CARING (Hodge, 2015, p. 38)

² Questions adaptées de l'étude de Tapia-V et Tinoco-Amador (2012, p. 68)

5.1.3. Les scores obtenus à la RSIPAS

Le score moyen obtenu à l'échelle totale (40 items) de la RSIPAS est de 126,11 (Min : 73,00, Max : 163,00) avec un écart-type de 22,27. Cela correspond à plus de 27 points d'écart avec les TS américains de l'étude originale de Oxhandler et Parrish (2016). Pour la sous-échelle « sentiment d'efficacité personnelle » qui contenait 13 items, le score moyen est de 43,29 (ET : 8,19, Min : 27,00, Max : 59,00). Du côté de la sous-échelle « attitudes » qui comptait 12 items, le score moyen est de 46,59 (ET : 6,90, Min : 22,00, Max : 56,00) alors que celle liée à la « faisabilité perçue » (6 items) a généré un score moyen de 17,05 (ET : 4,89, Min : 6,00, Max : 27,00). Enfin, la « fréquence d'intégration » qui se déclinait en 9 items a obtenu un score moyen de 19,64 (ET : 5,68, Min : 10,00, Max : 33,00). L'ensemble des scores obtenus sont présentés au tableau 7.

TABLEAU 7. SCORES OBTENUS À LA RSIPAS

Échelle (Nombre d'items, N)	Score moyen	Score minimum	Score maximum	Écart-type
Échelle totale (40, 35)	126,11	73,00	163,00	22,27
Sentiment d'efficacité personnelle quant à l'intégration de la R/S dans la pratique (13, 38)	43,29	27,00	59,00	8,19
Attitudes quant à l'intégration de la R/S dans la pratique (12, 37)	46,59	22,00	56,00	6,90
Faisabilité quant à l'intégration de la R/S dans la pratique (6, 38)	17,05	6,00	27,00	4,89
Fréquence d'intégration de la R/S dans la pratique (9, 39)	19,64	10,00	33,00	5,68

5.1.4. La fréquence des réponses aux énoncés

Certains énoncés ont obtenu un fort degré d'accord et de désaccord témoignant de certaines tendances au sein de l'échantillon. Quelques-uns sont présentés ici. Il est d'abord pertinent de souligner qu'une grande majorité (80 %) des travailleurs sociaux étaient en accord ou fortement en accord avec l'énoncé « *Je considère l'unicité des besoins des clients ayant des parcours religieux/spirituels diversifiés* ». Ils étaient également largement en accord ou fortement en accord (92,5 %) avec l'énoncé « *Je suis ouvert à en apprendre au sujet des croyances religieuses/spirituelles des clients qui peuvent différer des miennes* ». Ils ont indiqué être en désaccord ou fortement en désaccord (76,31 %) avec l'énoncé « *J'ai été formé adéquatement pour intégrer la religion/spiritualité des clients en intervention* ». Enfin, ils ont répondu jamais ou rarement (82,05 %) à l'énoncé « *J'utilise des interventions soutenues empiriquement qui décrivent spécifiquement comment intégrer la religion/spiritualité du client en intervention* ». Par ailleurs, les répondants ont indiqué ne jamais ou rarement effectuer « *une évaluation biopsychosociale complète avec chacun des*

clients » (66,67 %). Le tableau faisant état des fréquences de réponses à chacun des énoncés de la RSIPAS est présenté à l'Annexe 5.

5.2. Les facteurs prédictifs de l'intégration de la spiritualité en intervention

Les différents facteurs prédictifs issus des analyses effectuées sont présentés dans cette section. D'abord, on retrouve les modèles individuels du score total. Par la suite, un modèle global et un modèle réduit sont présentés pour le score total à la RSIPAS et pour chacune des quatre sous-échelles : le sentiment d'efficacité personnelle, les attitudes, la faisabilité perçue et les comportements d'intégration.

5.2.1. Modèles individuels du score total à la RSIPAS

Des modèles individuels linéaires et de variance ont d'abord été utilisés afin de mettre en lumière les différences entre une sélection de caractéristiques individuelles des TS et le score total à la RSIPAS. Les résultats indiquent qu'on ne retrouve aucune différence significative sur le plan du score total à la RSIPAS en fonction du genre ($p = 0.4345$), de l'âge ($p = 0.4093$), du niveau d'étude ($p = 0.8585$), du nombre d'années de pratique ($p = 0.9380$), de la formation antérieure reçue en lien avec la spiritualité ($p = 0.2649$), du milieu de pratique ($p = 0.3480$), de la population accompagnée ($p = 0.4518$), du degré de spiritualité ($p = 0.0886$) et du degré de religiosité ($p = 0.2952$). Cependant, au seuil de cinq pour cent, un lien linéaire significatif est présent entre l'importance de la spiritualité dans la vie du TS et le score total de la RSIPAS ($F = 9.32, p = 0.0045$). Le paramètre de régression est positif, c'est-à-dire que plus l'importance de la spiritualité dans la vie personnelle du TS est élevée,

plus le score total à la RSIPAS est élevé. De plus, au seuil de cinq pour cent, il y a des différences significatives entre les contextes d'intervention en ce qui a trait au score total à la RSIPAS ($F = 4.04$, $p = 0.0040$). En effet, après avoir effectué des tests de comparaison multiples *a posteriori* à l'aide de la méthode Bonferroni, les moindres carrés moyens (tableau 8) permettent de conclure que le score obtenu à la RSIPAS des travailleurs sociaux en santé mentale est significativement plus élevé que celui des TS œuvrant en soutien à domicile et que ceux œuvrant en déficience intellectuelle et physique. Cependant, il n'y a pas de différences entre les autres contextes. Le tableau 9 présente les données obtenues pour chaque variable.

TABLEAU 8. MOINDRES CARRÉS MOYENS DE LA VARIABLE CONTEXTE DE PRATIQUE SUR LE SCORE TOTAL

Variable	Moindres carrés moyens	Erreur standard	Degrés de liberté	Valeur t
Soins palliatifs	146.00	11.8663	26	12.30
Famille	140.00	16.7815	26	8.34
Santé mentale	139.80*	4.3330	26	32.26
Victimes d'actes criminels	125.50	11.8663	26	10.58
DPJ	123.33	9.6888	26	12.73
Soutien à domicile	108.60	7.5049	26	14.47
Déficience intellectuelle et physique	100.67	9.6888	26	10.39

* Résultat significatif au seuil de 5 %

TABLEAU 9. RÉSULTATS DES TESTS F DE CHAQUE MODÈLE INDIVIDUEL EN FONCTION DU SCORE TOTAL À LA RSIPAS

Variable	Degrés de liberté	Den DF	Valeur F	Pr> F
Genre	1	33	0.63	0.4345
Âge	1	33	0.70	0.4093
Niveau d'étude	1	33	0.03	0.8585
Nombre d'années de pratique	1	33	0.01	0.9380
Formation antérieure reçue en lien avec la spiritualité	1	33	1.29	0.2649
Milieu de pratique	3	31	1.14	0.3480
Population accompagnée	2	32	0.81	0.4518
Contextes d'intervention	7	26	4.04	0.0040*
Importance de la spiritualité	1	32	9.32	0.0045*
Degré de spiritualité	1	33	3.08	0.0886
Degré de religiosité	1	33	1.13	0.2952

* Résultat significatif au seuil de 5 %

5.2.2. Modèles global et réduit pour le score total à la RSIPAS

Un modèle linéaire a été utilisé afin d'identifier les variables permettant d'expliquer le score total à la RSIPAS parmi l'ensemble de variables identifiées. Les variables de l'âge et de la population accompagnée ont été exclues, puisqu'elles étaient colinéaires avec d'autres variables du modèle. Ainsi, les variables testées dans le modèle global sont les suivantes : le genre, la religion, le niveau d'étude, le nombre d'années de pratique, la formation reçue sur la spiritualité, le milieu de pratique, le contexte de pratique, l'importance de la spiritualité, l'évaluation du degré de spiritualité et de religiosité. Les résultats n'indiquent aucune différence significative en ce qui concerne le score total à la RSIPAS en fonction du genre, de la religion, du niveau d'étude, du nombre d'années de pratique, de la formation antérieure reçue en lien avec la spiritualité, du milieu de pratique et des contextes d'intervention. Cependant, les résultats des *tests t* indiquent un lien linéaire significatif entre le score à la RSIPAS et l'importance de la spiritualité dans la vie du TS, ($t = 2.33, p = 0.0369$), le degré de spiritualité du TS ($t = -3.25, p = 0.0063$) et le degré de religiosité ($t = 2.91, p = 0.0123$). Les paramètres de régression sont positifs pour l'importance de la spiritualité et le degré de religiosité, mais celui du degré de spiritualité est négatif, c'est-à-dire que plus le degré de spiritualité est élevé, plus le score total est faible (tableau 10).

TABLEAU 10. VALEURS ESTIMÉES DU SCORE TOTAL À LA RSIPAS POUR LE MODÈLE GLOBAL

Variable	Estimate	Erreur standard	Degrés de liberté	Valeur t	Pr> t
Importance de la spiritualité	5.1133	2.1985	13	2.33	0.0369
Degré de spiritualité	-0.6493	0.1997	13	-3.25	0.0063
Degré de religiosité	0.6764	0.2328	13	2.91	0.0123

Le coefficient de détermination (R^2) de ce modèle est de 0.80860, ce qui est considéré comme une forte corrélation dans le cas d'un modèle appliqué aux humains (Taylor, 1990). La figure 3 fait état de la validation des postulats d'homogénéité de la variance et de normalité des résidus du modèle.

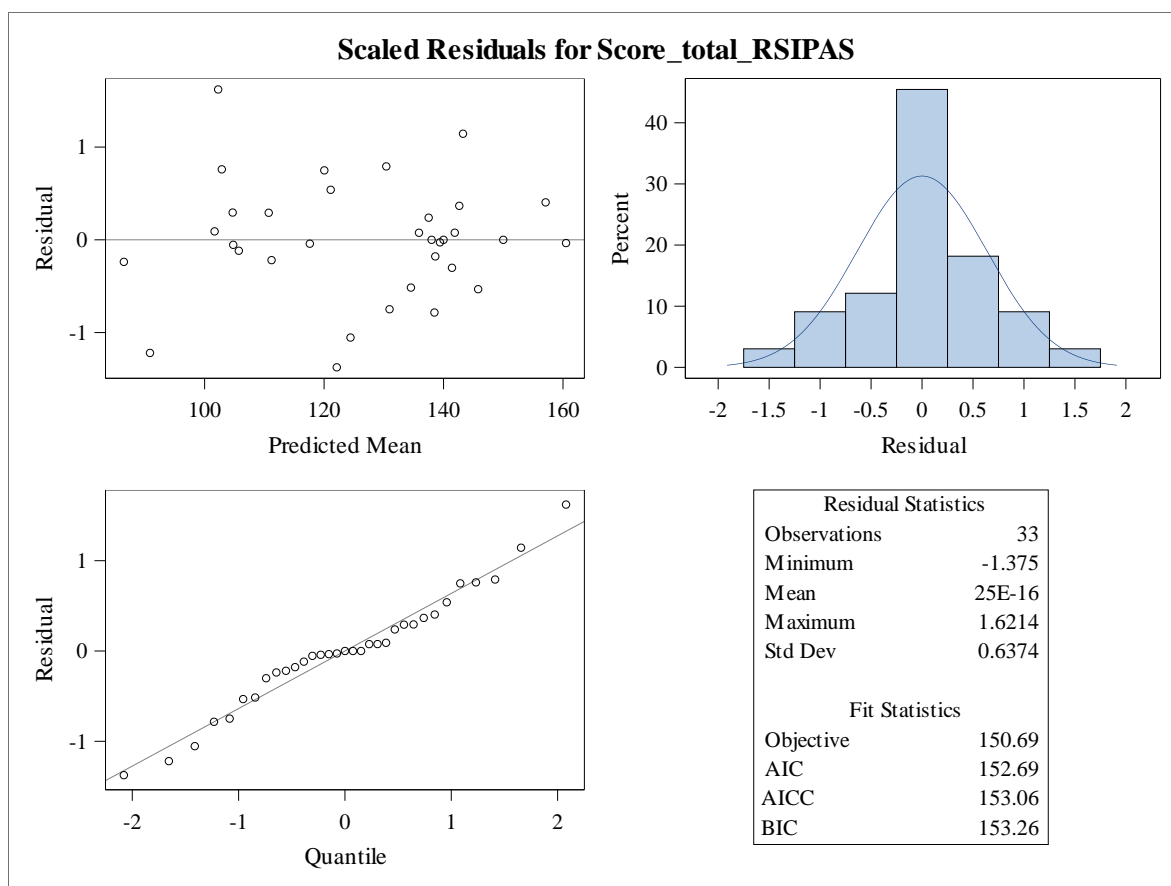


FIGURE 3. ANALYSE DE L'HOMOGÉNÉITÉ DE LA VARIANCE DES RÉSIDUS ET DE NORMALITÉ POUR LE MODÈLE GLOBAL DU SCORE TOTAL

Quant au modèle réduit, dans ce cas-ci, la seule variable qui a été retenue est celle de l'importance de la spiritualité dans la vie du TS (estimation 3.6471, erreur standard 1.1950, 32 dl, $t = 3.05$, $p = 0.0045$). Or, ce modèle a un coefficient de détermination de 0.22546, ce qui signifie qu'à elle seule, cette variable ne permet pas d'expliquer avec une grande précision le score total.

5.2.3. Modèles prédictifs des quatre sous-échelles

Afin d'explorer de plus près l'influence des variables dépendantes sur les dimensions mesurées dans l'échelle RSIPAS, des analyses linéaires et de variance ont été effectuées pour chacune des quatre sous-échelles : le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), les attitudes, la faisabilité perçue et les comportements d'intégration. Pour chacune d'elle, nous présentons un modèle global et un modèle réduit.

5.2.3.1. *Le sentiment d'efficacité personnelle*

Un modèle linéaire a été utilisé afin d'identifier les variables permettant d'expliquer le score à cette sous-échelle. La seule variable écartée est celle de la population accompagnée, puisqu'elle est colinéaire avec d'autres variables du modèle. Le modèle global initial nous indiquait qu'il y avait des différences significatives en ce qui a trait à l'âge ($F = 5.99, p = 0.0272$), au nombre d'années de pratique ($F = 6.26, p = 0.0244$), à la formation antérieure ($F = 4.66, p = 0.0474$), au milieu de pratique ($F = 3.41, p = 0.0451$) au degré de spiritualité ($F = 5.69, p = 0.0307$) et au degré de religiosité ($F = 7.86, p = 0.0134$). Cependant, après avoir utilisé une correction pour comparaison multiple Bonferroni, aucune différence n'est observée entre les milieux de pratique. Ainsi, dans le modèle global final ($R^2 = 0.81150$), les *tests t* (tableau 11) nous indiquent que plus l'âge est élevé, plus le score de sentiment d'efficacité personnelle est élevé ($t = 2.45$). Le paramètre de régression est également positif pour le degré de religiosité ($t = 2.80$). Cependant, le paramètre de régression est négatif pour le nombre d'années de pratique ($t = -2.50$) et le degré de spiritualité ($t = -2.39$), ce qui signifie

que plus le nombre d'années de pratique et le degré de spiritualité sont élevés, plus le score SEP est faible.

TABLEAU 11. VALEURS ESTIMÉES POUR LES VARIABLES SIGNIFICATIVES AU SEP DU MODÈLE GLOBAL

Variable	Estimate	Erreur standard	Degrés de liberté	Valeur t	Pr> t
Âge	0.6225	0.2544	15	2.45	0.0272
Nombre d'années de pratique	-0.7068	0.2824	15	-2.50	0.0244
Degré de spiritualité	-0.1658	0.06947	15	-2.39	0.0307
Degré de religiosité	0.1804	0.06435	15	2.80	0.0134

De plus, après avoir effectué des tests de comparaison multiples *a posteriori* à l'aide de la méthode Bonferroni, les moindres carrés moyens nous permettent de conclure que le score obtenu à la sous-échelle SEP des travailleurs sociaux n'ayant pas reçu de formation antérieure sur la spiritualité est significativement plus élevé que celui des TS en ayant reçu une (tableau 12). La figure 4 fait état de la validation des postulats d'homogénéité de la variance et de normalité des résidus pour ce modèle global.

TABLEAU 12. MOINDRES CARRÉS MOYENS SEP EN FONCTION DE LA FORMATION ANTÉRIEURE

Variable	Moindres carrés moyens (Alpha=0.05)
Formation antérieure sur la spiritualité	
Non	40.5654
Oui	32.2360

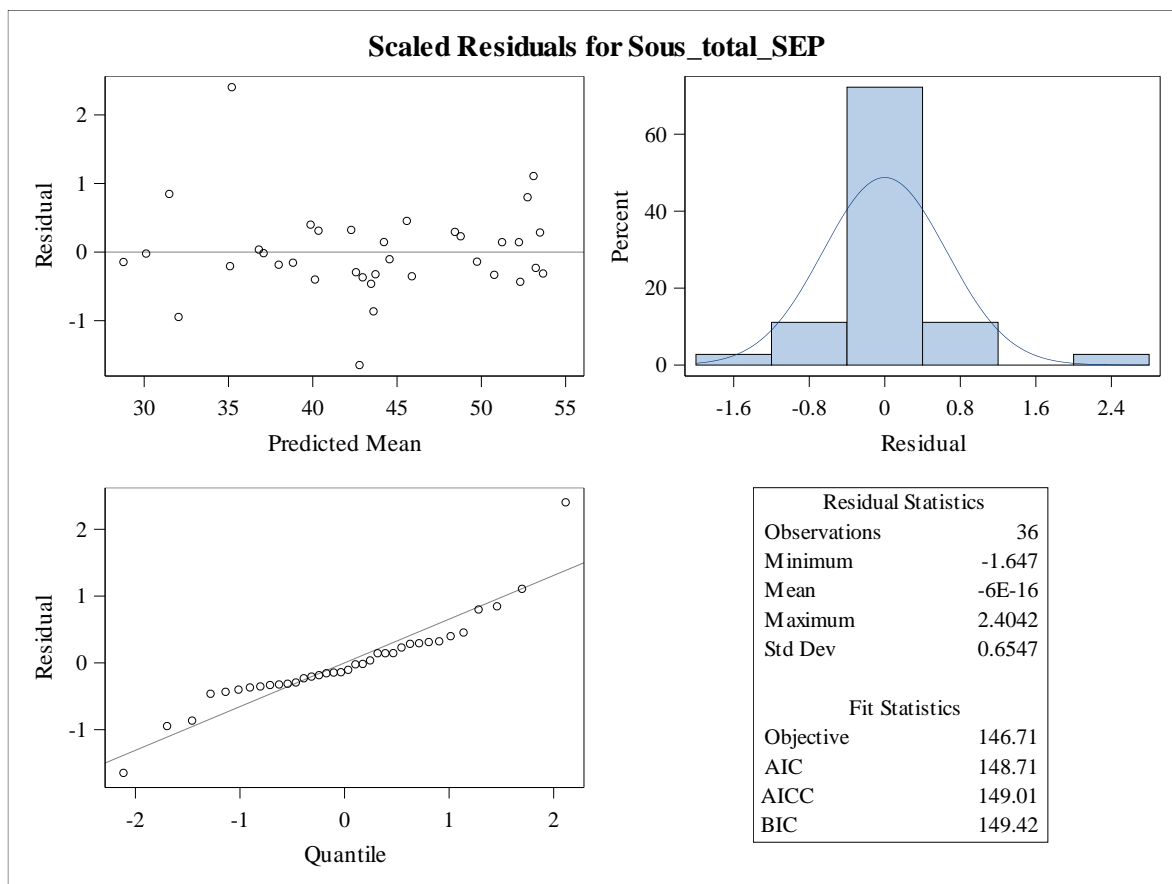


FIGURE 4. ANALYSE DE L'HOMOGENÉITÉ DE LA VARIANCE DES RÉSIDUS ET DE NORMALITÉ POUR LE MODÈLE SEP

Une analyse de régression avec sélection de variables descendante a par la suite été utilisée pour obtenir un modèle réduit. À la suite de cet exercice, les variables de l'âge ($F = 8.76$, $p = 0.0081$), du nombre d'années de pratique ($F = 9.41$, $p = 0.0063$), de la formation antérieure sur la spiritualité ($F = 5.42$, $p = 0.0311$), du milieu de pratique ($F = 4.87$, $p = 0.0111$), du contexte d'intervention ($F = 3.29$, $p = 0.0182$), de l'importance de la spiritualité ($F = 5.51$, $p = 0.0298$), du degré de spiritualité ($F = 10.16$, $p = 0.0048$) et du degré de religiosité ($F = 11.74$, $p = 0.0028$) ont été conservées. Après avoir effectué des tests de comparaison multiples a posteriori à l'aide de la méthode Bonferroni, les moindres carrés moyens (tableau 13) nous permettent de conclure que le score obtenu à la sous-échelle SEP

des travailleurs sociaux n'ayant pas reçu de formation antérieure sur la spiritualité est significativement plus élevé que celui des TS en ayant reçu, tout comme les TS œuvrant en milieu scolaire pour qui le score SEP est significativement plus élevé que ceux œuvrant en pratique privée. Enfin, le score SEP des TS œuvrant en santé mentale est significativement plus élevé que ceux œuvrant en déficience intellectuelle et physique.

TABLEAU 13. MOINDRES CARRÉS MOYENS DES VARIABLES FORMATION ANTÉRIEURE, MILIEU ET CONTEXTE DE PRATIQUE POUR LE SEP

Variable	Moindres carrés moyens (Alpha=0.05)
Formation antérieure sur la spiritualité	
Non	41.8001
Oui	34.2354
Milieu d'intervention	
Milieu scolaire	43.7477
Organisme communautaire	38.9896
CIUSSS	38.6777
Pratique privée	30.6560
Contexte d'intervention	
Santé mentale	45.9781
Soins palliatifs	42.7635
Victimes d'actes criminels	39.5366
Famille	38.4095
Soutien à domicile	36.5763
DPJ	32.6504
Déficience intellectuelle ou physique	31.2277

Par ailleurs, les *tests t* (tableau 14) nous indiquent que plus l'âge est élevé, plus le SEP est élevé ($t = 2.96$), tout comme l'importance de la spiritualité ($t = 2.35$) et le degré de religiosité ($t = 3.43$). Or, plus le nombre d'années de pratique est élevé, plus le score SEP est faible ($t = -3.07$) de la même façon que plus le degré de spiritualité est élevé, plus le score SEP est faible ($t = -3.19$). Ce modèle possède un coefficient de détermination comparable à celui du modèle global ($R^2 = 0,79673$), indiquant qu'il permet d'expliquer avec plus de précision la variance au sein de cette sous-échelle. La figure 5 fait état de la validation des postulats d'homogénéité de la variance et de normalité des résidus pour ce modèle réduit.

TABLEAU 14. VALEURS ESTIMÉES POUR LES VARIABLES SIGNIFICATIVES AU SEP DU MODÈLE RÉDUIT

Variable	Estimate	Erreur standard	Degrés de liberté	Valeur t	Pr> t
Âge	0.5179	0.1750	19	2.96	0.0081
Nombre d'années de pratique	-0.5965	0.1945	19	-3.07	0.0063
Importance de la spiritualité	1.5809	0.6732	19	2.35	0.0298
Spirituel	-0.1902	0.05965	19	-3.19	0.0048
Religieux	0.1823	0.05319	19	3.43	0.0028

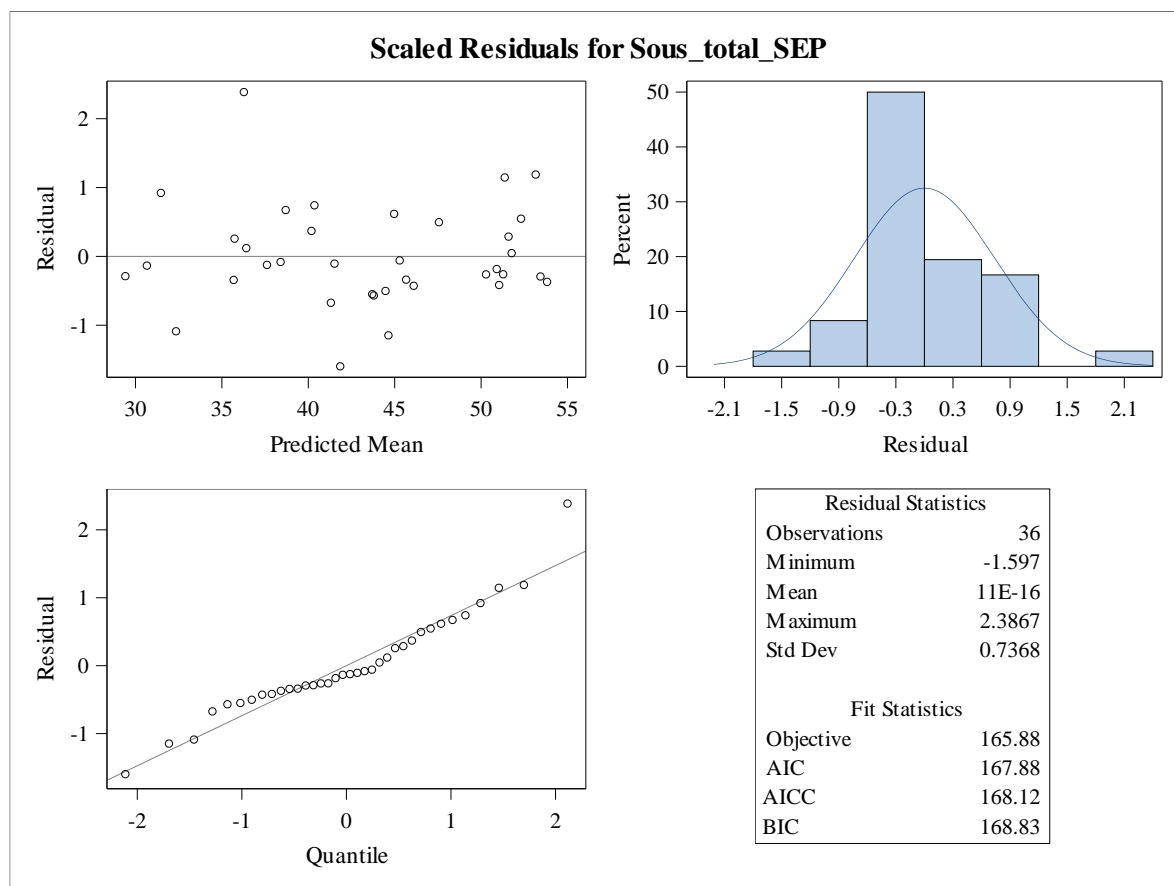


FIGURE 5. ANALYSE DE L'HOMOGENÉITÉ DE LA VARIANCE DES RÉSIDUS ET DE NORMALITÉ POUR LE MODÈLE RÉDUIT DU SEP

5.2.3.2. *Les attitudes*

Un modèle linéaire a été utilisé afin d'identifier les variables permettant d'expliquer le score à cette sous-échelle. La seule variable écartée est celle de la population accompagnée, puisqu'elle est colinéaire avec d'autres variables du modèle. Il y a une différence significative concernant le score *Attitudes* en ce qui a trait au genre ($F = 5.64, p = 0.0324$), au niveau d'étude ($F = 10.47, p = 0.0060$) et aux milieux de pratique ($F = 4.51, p = 0.0206$). Après avoir effectué une correction Bonferroni, on observe à l'aide des moindres carrés moyens que le score obtenu à la sous-échelle des attitudes est significativement plus élevé que celui des hommes. C'est également le cas pour les travailleurs sociaux qui ont un baccalauréat, pour qui le score à la sous-échelle est significativement plus élevé que ceux détenant une maîtrise. Enfin, le score des intervenants œuvrant en milieu scolaire est significativement plus élevé que le score des intervenants œuvrant dans un organisme communautaire et des intervenants œuvrant dans les centres de santé et de services sociaux. Les moindres carrés pour les trois variables évoquées ci-dessus sont présentés au tableau 15. Ce modèle global possède un R^2 de 0.77947. La figure 6 fait état de la validation des postulats d'homogénéité de la variance et de normalité des résidus pour ce modèle global.

TABLEAU 15. MOINDRES CARRÉS MOYENS POUR LES VARIABLES SIGNIFICATIVES AUX ATTITUDES

Variable	Moindres carrés moyens (Alpha=0.05)
Genre	
Femme	49.8539
Homme	40.6613
Formation académique	
Baccalauréat en travail social	49.6409
Maîtrise en travail social	40.8743
Milieu d'intervention	
Milieu scolaire	55.4955
Pratique privée	45.2612
Organisme communautaire	40.5758
Centre de santé et de services sociaux (CIUSSS)	39.6979

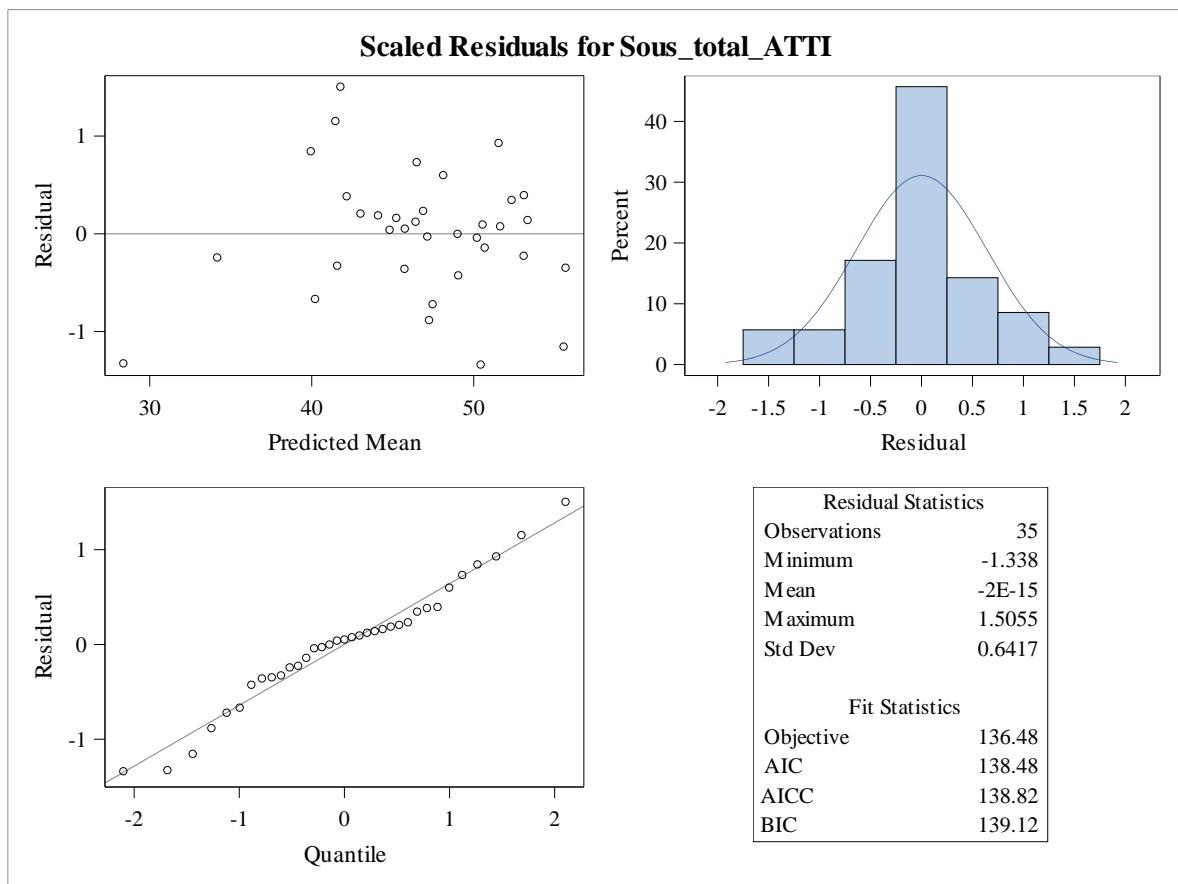


FIGURE 6. ANALYSE DE L'HOMOGÉNÉITÉ DE LA VARIANCE DES RÉSIDUS ET DE NORMALITÉ POUR LE MODÈLE GLOBAL ATTITUDES

Une analyse de régression avec sélection de variables descendante a par la suite été utilisée pour obtenir un modèle réduit. À la suite de cet exercice, la seule variable retenue a été celle de l'importance de la spiritualité ($t = 3.37, p = 0.0019$). Il y a donc un lien significatif positif entre l'importance de la spiritualité et le score d'attitude des travailleurs sociaux. Ce modèle possède cependant un coefficient de détermination beaucoup plus bas que celui du modèle global ($R^2 = 0.25019$).

5.2.3.3. *La faisabilité perçue*

Un modèle linéaire a été utilisé afin d'identifier les variables permettant d'expliquer le score à la sous-échelle faisabilité perçue. Les variables *âge* et *population accompagnée* ont été écartées, puisqu'elles étaient colinéaires avec d'autres variables du modèle. Pour le modèle global ($R^2 = 0.77777$), les *tests t* nous indiquent qu'il n'y a aucun lien linéaire ou de différences significatives en fonction des variables incluses dans le modèle. Cependant, dans le modèle réduit ($R^2 = 0.53788$), la formation académique ($F = 5.72, p = 0.0238$) et le contexte d'intervention ($F = 3.78, p = 0.0053$) ont été retenus, car ils contribuaient de façon significative au modèle. Les moindres carrés moyens (tableau 16) permettent de conclure que le score de faisabilité perçue des intervenants détenant une maîtrise est significativement plus élevé que ceux détenant un baccalauréat. De plus, le score des intervenants en santé mentale est significativement plus élevé que le score de ceux qui œuvrent en soutien à domicile. La figure 7 fait état de la validation des postulats d'homogénéité de la variance et de normalité des résidus pour le modèle global.

TABLEAU 16. MOINDRES CARRÉS MOYENS POUR LES VARIABLES SIGNIFICATIVES À LA FAISABILITÉ PERÇUE

Variable	Moindres carrés moyens (Alpha=0.05)
Formation académique	
Maîtrise en travail social	19.0247
Baccalauréat en travail social	15.3180
Contexte d'intervention	
Santé mentale	21.1142
Famille	20.8534
Soins palliatifs	19.8534
Victimes d'actes criminels	18.0000
DPJ	14.9511
Soutien à domicile	13.9120
Déficience intellectuelle/physique	13.1867

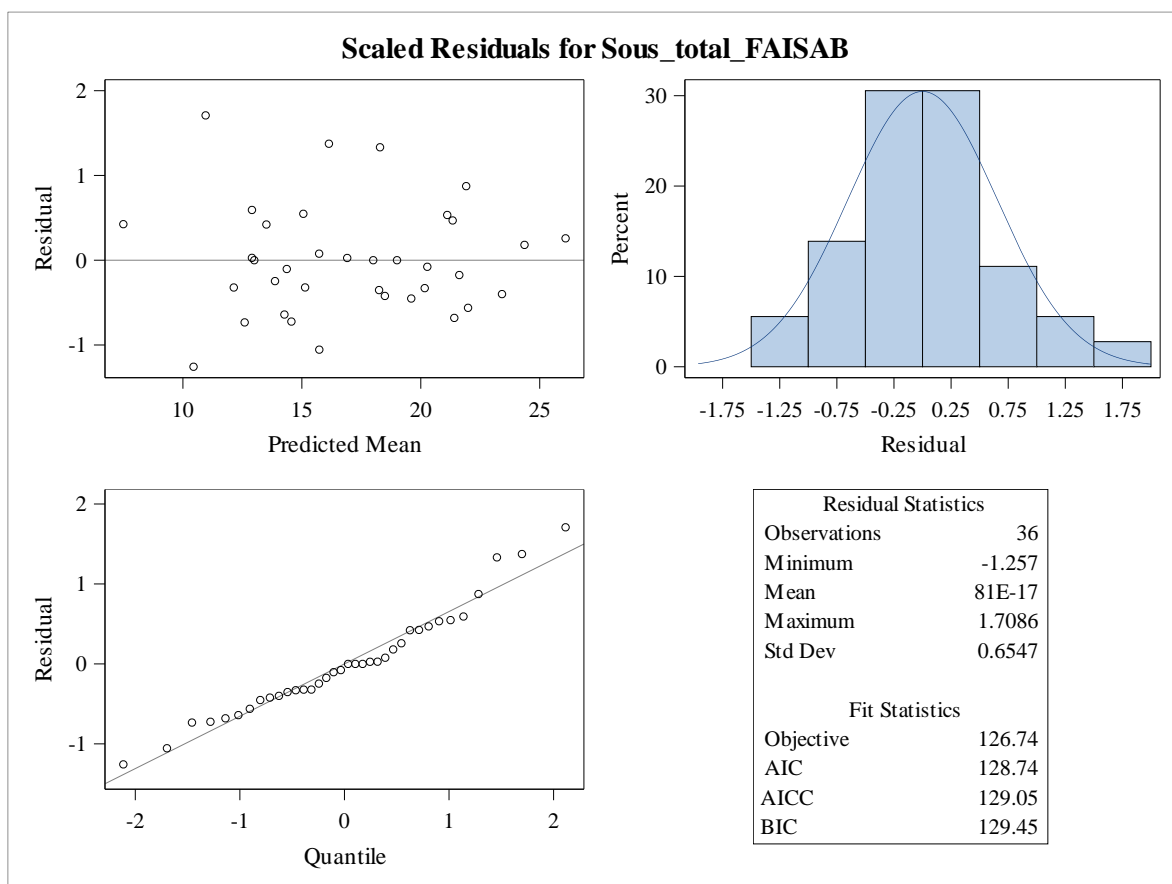


FIGURE 7. ANALYSE DE L'HOMOGÉNÉITÉ DE LA VARIANCE DES RÉSIDUS ET DE NORMALITÉ POUR LE MODÈLE GLOBAL FAISABILITÉ PERÇUE

5.2.3.4. La fréquence des comportements d'intégration

Un modèle linéaire a été utilisé afin d'identifier les variables permettant d'expliquer le score à la sous-échelle « fréquences des comportements d'intégration ». La seule variable écartée est celle de la population accompagnée puisqu'elle est colinéaire avec d'autres variables du modèle. Pour le modèle global ($R^2 = 0.74658$), les *tests t* nous indiquent qu'il y a un lien linéaire significatif entre le degré de spiritualité et le score obtenu à la sous-échelle fréquence ($t = -2.22$, $p = 0.0426$) et que ce paramètre est négatif (tableau 17). La figure 8 fait état de la validation des postulats d'homogénéité de la variance et de normalité des résidus pour le modèle global.

TABLEAU 17. VALEURS ESTIMÉES POUR LES VARIABLES SIGNIFICATIVES À LA FRÉQUENCE

Variable	Estimate	Erreur standard	Degrés de liberté	Valeur t	Pr> t
Degré de spiritualité	-0.1239	0.05592	15	-2.22	0.0426

Pour le modèle réduit ($R^2 = 0.54862$), les analyses indiquent que seule la variable *contextes d'intervention* est retenue ($F = 5.21$, $p = 0.00006$). Les moindres carrés moyens permettent de conclure que le score des intervenants en soins palliatifs et des intervenants en santé mentale est significativement plus élevé que le score de fréquence des intervenants en déficience intellectuelle et physique. De surcroît, le score des intervenants en santé mentale est significativement plus élevé que celui des intervenants en soutien à domicile (tableau 18).

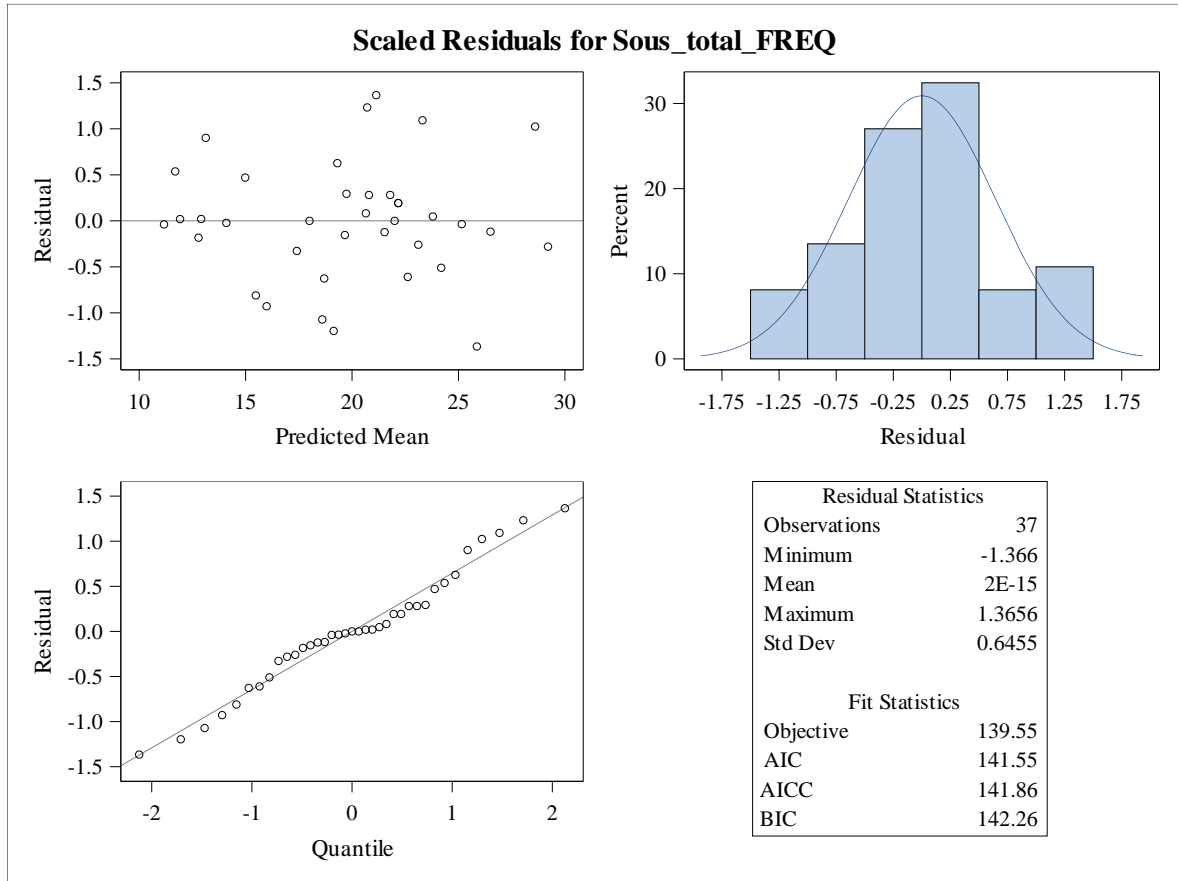


FIGURE 8. ANALYSE DE L'HOMOGÉNÉITÉ DE LA VARIANCE DES RÉSIDUS ET DE NORMALITÉ POUR LE MODÈLE GLOBAL FRÉQUENCE D'INTÉGRATION

TABLEAU 18. MOINDRES CARRÉS MOYENS DU CONTEXTE D'INTERVENTION À LA FRÉQUENCE D'INTÉGRATION

Variable	Moindres carrés moyens (Alpha=0.05)
Contexte d'intervention	
Soins palliatifs	24.333
Santé mentale	23.0625
DPJ	21.6667
Victimes d'actes criminels	19.0000
Famille	18.0000
Soutien à domicile	14.2000
Déficience intellectuelle ou physique	12.0000

5.3. Aspects qualitatifs

Quelques tendances qualitatives peuvent être observées à partir des données colligées. En effet, les participants avaient la possibilité d'indiquer des commentaires à la fin du questionnaire. Bien qu'ils ne constituent pas le cœur de notre étude, ces commentaires méritent d'être abordés afin de nourrir les réflexions et d'offrir, dans une certaine mesure, un éclairage complémentaire aux analyses statistiques. À cet égard, certains TS ont démontré une ouverture envers l'intégration de cette dimension en travail social, comme cet énoncé de P3 en témoigne : « *il serait intéressant d'avoir plus de documentation sur le sujet* » ou encore celui de P5 qui a écrit « *la spiritualité devrait occuper une place importante dans l'exploration des situations-problèmes rencontrées dans la vie* ». En ce sens, P29 a souligné ceci : « *mon expérience [...] m'a permis de voir les bénéfices et effets positifs de reconnaître cette sphère unique à chacun* ». Cependant, d'autres ont exprimé des réserves quant à la pertinence d'intégrer cette dimension, notamment P6 : « *c'est tellement rare de voir un client qui manifeste un intérêt religieux/spirituel qu'il est clairement injustifié d'y passer du temps de formation* » ou encore P17 : « *je pense que ce type d'intervention ne se prête pas à l'intervention en protection [de la jeunesse], je me sentrais abuser du pouvoir qui m'est conféré d'offrir ce type de ressource* ». Enfin, certains ont abordé des éléments qui, selon eux, interviennent dans la considération de l'intégration de la spiritualité en intervention. Ainsi, P3 indique : que le sujet est « *très peu abordé dans le domaine où [elle] travaille* ». Même constat pour P7 qui a écrit « *dans mon secteur, le sujet de la spiritualité est rarement abordé et il y a peu d'ouverture et aucun encouragement à ce que les intervenants abordent ce sujet avec la clientèle* ». Cette réalité est partagée par P29 qui indique qu'elle a « *souvent senti des divergences d'opinion, malaises ou désaccord, d'autres intervenants à travailler*

avec le spirituel ». En somme, ces éléments permettent de contextualiser certains résultats obtenus dans les analyses quantitatives, notamment lorsque ces données sont comparées à celles de l'étude originale. Ces observations feront l'objet du prochain chapitre.

5.4. Constats généraux

En somme, il est possible de dégager des tendances générales à partir des résultats obtenus aux différentes analyses de régression et de variance. À cet effet, la variable qui apparaît le plus souvent comme influençant de façon significative les dimensions de l'intégration de la spiritualité est l'importance de la spiritualité dans la vie du TS. On retrouve par la suite des résultats significatifs en fonction du contexte d'intervention, à savoir lorsque le TS œuvre en soins palliatifs, auprès des familles, en santé mentale, auprès de victimes d'actes criminels, à la direction de la protection de la jeunesse (DPJ), au soutien à domicile ou auprès de populations en déficience intellectuelle et physique. Par ailleurs, certaines analyses font ressortir l'influence du degré de spiritualité et du degré de religiosité autorapporté. Qui plus est, on observe des différences significatives en fonction du milieu d'intervention, c'est-à-dire en fonction du fait que le TS œuvre en milieu scolaire, en pratique privée, dans un organisme communautaire ou au sein d'un CIUSSS. Enfin, la formation académique apparaît dans une moindre mesure comme une variable qui peut influencer l'intégration de la spiritualité : il est possible de mettre en évidence des différences entre les professionnels détenant une maîtrise en travail social et ceux détenant un baccalauréat en travail social.

CHAPITRE 6 — DISCUSSION

Ce dernier chapitre aborde les principaux constats mis en lumière par les résultats de la recherche. Rappelons que les objectifs de la recherche concernaient principalement l'évaluation des facteurs qui influencent l'intégration de la spiritualité dans sa globalité et sous l'angle du sentiment d'efficacité personnelle, des attitudes, de la faisabilité perçue et des comportements d'intégration à proprement dits. À la lumière des résultats présentés, l'intégration de la spiritualité est moins élevée chez les intervenants québécois avec un score moyen total de 126,11 comparativement aux intervenants américains qui se situent à 153,53 dans l'étude originale de Oxhandler et Parrish (2016). Ces différences seront abordées, notamment en portant une attention particulière aux facteurs associés au professionnel, c'est-à-dire toute caractéristique qui relève de sa vie personnelle et de son vécu et qui peut influencer sa pratique. Par la suite, les forces et limites de l'étude sont présentées, suivies des recommandations et perspectives qui émergent de notre étude.

6.1. Les facteurs qui influencent l'intégration de la spiritualité

En raison des résultats obtenus, il est possible de dégager des facteurs qui ont une influence sur l'intégration globale de la spiritualité en intervention chez les travailleurs sociaux de notre échantillon. À partir du cadre théorique directement lié à l'échelle de la *Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale*, la prochaine section fait état des liens avec le score global obtenu à l'échelle en plus du score obtenu à chacune des sous-échelles. La visée principale est de mettre en relief les facteurs qui sont apparus comme prédictifs afin de les contextualiser et d'en saisir leur portée.

6.1.1. La propension générale à intégrer la spiritualité à partir du score total

Différentes variables ont un impact sur le score total obtenu à la RSIPAS. Parmi celles-ci, on retrouve le contexte sociohistorique, le contexte d'intervention, l'importance de la spiritualité, le degré de spiritualité et le degré de religiosité.

6.1.1.1. Le contexte sociohistorique

Tout d'abord, en comparant notre recherche et l'étude originale, tous les scores obtenus dans la nôtre sont inférieurs, autant pour l'échelle globale que pour les quatre sous-échelles (figure 9).

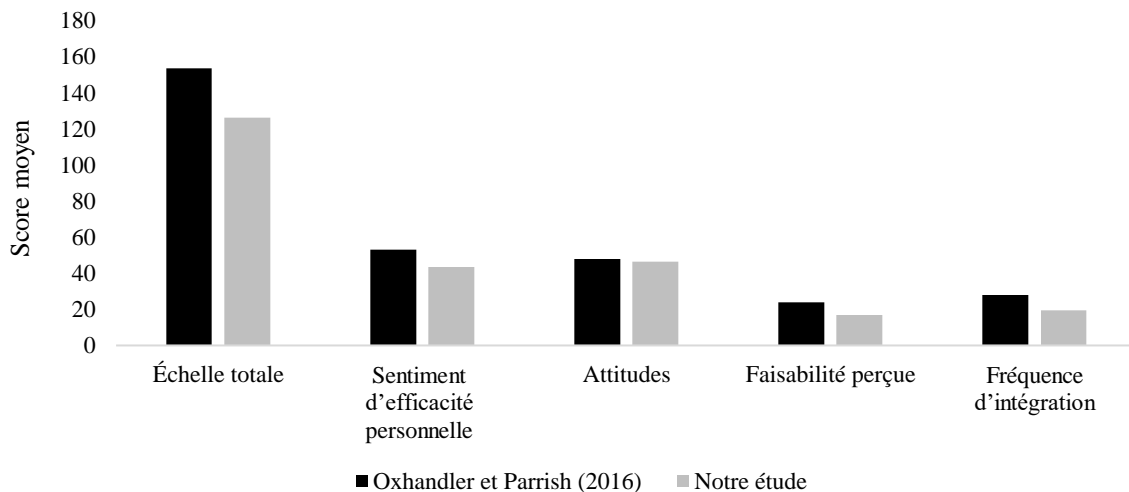


FIGURE 9. COMPARAISON DES SCORES OBTENUS À LA RSIPAS

Comme soulevé par différents auteurs, les trajectoires historiques et culturelles peuvent contribuer à expliquer l'écart entre les deux pays en ce qui a trait à l'intégration de la

spiritualité (Canda et al., 2019; Furman et al., 2005; Stirling et al., 2009; Vetvik et al., 2018). En ce sens, ces résultats étaient attendus, particulièrement lorsque l'on considère que le Canada, comparativement aux États-Unis, est un pays avec un niveau de religiosité plus bas (Turner, 2006). Qui plus est, les caractéristiques distinctives du Québec, dont les profonds changements sociaux qui ont émergé depuis la Révolution tranquille (Rouillard, 1998), pourraient expliquer cette différence généralisée à tous les scores. De surcroît, la qualité de vie spirituelle des Québécois apparaît comme ayant le niveau le plus bas parmi ceux répertoriés ailleurs dans le monde (Cherblanc et al., 2021). Il existe une tendance chez les travailleurs sociaux à se considérer comme « spirituels, mais non religieux » (Wong et Vinsky, 2009). Cependant, lorsque ces deux concepts sont confondus, on peut assister à un « rejet » de tout ce qui touche la spiritualité, celle-ci étant souvent associée à la religion catholique, véritable « matrice culturelle du Canada français jusqu'au milieu du 20^e siècle » (Perreault, 2011, p. 761). Cette sécularisation s'est amorcée à l'aube de la Révolution tranquille, « suite à la longue hégémonie que l'Église catholique a exercée sur les consciences individuelles et collectives, ainsi que sur les institutions sociales et publiques, en collusion intime avec le pouvoir politique » (Mossière, 2020, p. 30). En ce sens, P35 a mentionné dans le questionnaire ceci : « *Je suis beaucoup plus ouverte aux autres religions qu'à celle qui m'a été assignée culturellement* ». Suivant ce mouvement, il n'est pas étonnant de constater qu'une très grande majorité (80 %) des TS étaient en accord avec des énoncés tels que *Je considère l'unicité des besoins des clients ayant des parcours religieux/spirituels diversifiés* (80 %) et *Je suis ouvert à en apprendre au sujet des croyances religieuses/spirituelles des clients qui peuvent différer des miennes* (92,5 %). Cette mentalité s'inscrit à la fois dans le mouvement d'adhésion à des valeurs représentant le cœur de la profession de travail social, comme le pouvoir d'agir, la justice sociale, le respect et l'intégrité (Ordre des travailleurs

sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2021) et plus largement à des valeurs ancrées dans la modernité comme la liberté (Maclure et Taylor, 2020).

6.1.1.2. Le contexte d'intervention

Le contexte d'intervention a une influence sur le score total à l'échelle RSIPAS. Le fait de pratiquer dans le domaine de la santé mentale se traduit par une plus grande intégration de la spiritualité en intervention par rapport au fait d'œuvrer en déficience intellectuelle et physique ou en soutien à domicile. Une première piste de réflexion pourrait être en lien avec la façon dont le rétablissement est défini dans les différents plans d'action en santé mentale du gouvernement du Québec. Lorsque l'on consulte les ressources pour en apprendre davantage sur les bases d'une bonne santé mentale, on peut lire que : « pour se maintenir en bonne santé mentale, il faut établir un équilibre entre les divers aspects de sa vie, c'est-à-dire les aspects physique, social, mental, économique, **spirituel** et émotionnel » (Gouvernement du Québec, 2021). Cette vision a donc probablement une influence sur la façon de conceptualiser le rétablissement (Bergeron-Leclerc, 2019), agissant comme un outil de sensibilisation pour les intervenants œuvrant en santé mentale quant à la prise en compte de la spiritualité. À cet effet, la santé mentale regroupe un ensemble d'aspects qui peut inclure des dimensions connexes à la spiritualité, comme la relation entre le corps et l'esprit, l'actualisation de soi et la connectivité (Galderisi et al., 2015). Le domaine de la santé mentale avait également été mis en lumière comme variable significative par Vetvik et al. (2018). Cela pourrait être dû au fait que ce champ d'exercice professionnel faciliterait l'intégration de la spiritualité par le biais de la nature des objectifs visés par l'intervention. À l'inverse, les interventions menées en soutien à domicile ou auprès de personnes ayant une

déficience physique ou intellectuelle misent davantage sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et la mobilisation du réseau (Delli-Colli et al., 2013) afin de s'assurer que tous les besoins de base sont comblés, tels que se nourrir, se loger et se vêtir. Ce contexte ne facilite pas nécessairement, d'emblée, l'intégration de la spiritualité et pourrait, par le fait même, contribuer à expliquer la différence observée entre les contextes d'intervention.

En outre, il était inattendu de ne pas retrouver le contexte *soins palliatifs* parmi ceux qui intègrent davantage la spiritualité, puisque la spiritualité est considérée comme une composante essentielle de l'accompagnement en fin de vie (Moss et Dobson, 2006; Puchalski, 2008) et comme élément central du cheminement vers la mort (Hayden, 2011). Il se peut que le nombre restreint de TS œuvrant en soins palliatifs de notre échantillon (n=3) ait pu avoir un impact sur ce résultat. Il est également possible que la dimension spirituelle soit appréhendée dans une perspective interdisciplinaire, comme décrit par Puchalski et al. (2009), où il est requis que chaque professionnel soit attentif au bien-être spirituel du patient et de sa famille. Cela pourrait laisser davantage de place à d'autres professionnels de l'équipe de soin pour considérer et approfondir cette dimension, entraînant une intégration non différenciable avec les autres contextes d'intervention. Or, il se pourrait également que la prise en compte de la spiritualité du patient soit relayée par l'équipe de soin aux spécialistes de celle-ci, c'est-à-dire les intervenants en soins spirituels. Ceux-ci adoptent, notamment, mais non exclusivement en contexte de soins palliatifs, une posture de « représentants de l'intérêt spirituel des patients devant les autres intervenants » (Jobin, 2016, p. 455).

6.1.1.3. *L'importance de la spiritualité*

Plus le TS considère la spiritualité importante dans sa vie, plus il aura tendance à l'intégrer dans sa pratique, et ce, tant dans le modèle individuel que le modèle global. Cet aspect apparaît aussi dans les études consultées comme étant significatives lorsque l'on étudie les facteurs qui influencent l'intégration de la spiritualité en intervention sociale. Celle-ci influence les attitudes à l'égard de ladite intégration, et ce, que l'on interroge des TS œuvrant auprès de personnes âgées (Murdock, 2005), d'enfants et adolescents (Kvarfordt et Sheridan, 2010) ou auprès de populations multiples (Larsen, 2011; Mattison et al., 2000; Sheridan, 2004; Stewart et al., 2006). L'influence des attitudes sur les comportements est un sujet grandement étudié en psychologie sociale (Ajzen et al., 2018). Considérant le fait que l'attitude est composée d'une dimension cognitive et émotionnelle (Pickens, 2005), les résultats apparaissent cohérents, puisqu'en se retrouvant dans des dispositions positives à l'égard de la spiritualité et de l'importance qu'elle revêt dans sa vie personnelle, son intégration est certainement plus naturelle et jugée comme adéquate par ces TS.

6.1.1.4. *Le degré de religiosité et le degré de spiritualité*

Le *degré de spiritualité du TS* et le *degré de religiosité* apparaissent également comme influençant l'intégration de la spiritualité. Concernant le degré de spiritualité, le fait qu'il ait un paramètre négatif était inattendu, principalement considérant que les variables *importance de la spiritualité* et *degré de religiosité* influencent quant à elles positivement le score total dans notre étude, tout comme dans les travaux recensés (Al-Ma'seb, 2019; Asselt et Senstock, 2009; Mattison et al., 2000). Il est possible que le libellé *degré de spiritualité* ait

été interprété de façon plus floue que l'*importance de la spiritualité* qui avait une visée plus globale dans la vie personnelle du TS. À ce sujet, il est plus fréquent d'entendre parler de degré de religiosité, notamment en raison de son niveau de formalisation qui fait référence « au style d'implication religieuse de la personne » [traduction libre] (Canda et al., 2019, p. 98) tandis que la religion évoque un système organisé partagé et transmis à travers la communauté. Il est possible que la question qui mesurait l'importance de la spiritualité, par l'absence de cadre normatif, ait manqué de précision. Par ailleurs, les deux concepts religion/spiritualité sont, comme soulevé par Canda et al. (2019), souvent sources de confusion et confondus l'un avec l'autre. Ainsi, lorsque P6 mentionne que « *seule la clientèle vieillissante peut intégrer à leur discours, parfois, un terme religieux [...] [et que] c'est tellement rare de voir un client qui en manifeste un intérêt religieux/spirituel qu'il est clairement injustifié d'y passer du temps de formation* », elle conçoit que la religion, dans sa forme structurée et formalisée, est équivalente à la spiritualité. Comme différents auteurs l'ont souligné, le manque de clarté et l'inconsistance des définitions et des mesures de la spiritualité peuvent expliquer, du moins en partie, certaines incohérences (Dein et al., 2012; Oakes et Raphael, 2008) et ainsi justifier ces résultats.

6.1.2. Le sentiment d'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle est l'indicateur qui est influencé par le plus grand nombre de variables : l'âge et le nombre d'années de pratique du TS, le degré et l'importance de la spiritualité, le degré de religiosité, la formation antérieure, le milieu et le contexte de pratique. Cet aspect est particulièrement intéressant puisque la formation joue un

rôle important dans le développement du sentiment d'efficacité personnelle et peut, par conséquent, être utilisée comme levier de développement du SEP.

6.1.2.1. L'âge et le nombre d'années de pratique

Au sein du modèle réduit, le sentiment d'efficacité personnelle en lien avec l'intégration de la spiritualité est influencé par une dimension temporelle déclinée en deux temps : par l'âge du T.S, à savoir que plus il est âgé, plus son SEP est élevé. Quant au nombre d'années de pratique, lorsqu'il est plus élevé, il se traduit par un score SEP plus faible. A priori, ces deux résultats peuvent sembler contradictoires. Cependant, comme défini précédemment, le concept de sentiment d'efficacité personnelle est construit « à partir de quatre principales sources d'information : les expériences actives de maîtrise, l'apprentissage social, la persuasion par autrui et l'état physiologique et émotionnel. » (Lecomte, 2004, p. 62) Ainsi il est possible que les TS plus âgés, mais détenant moins d'années de pratique aient un SEP plus élevé de par l'ensemble des expériences et apprentissages dans leur vie sociale, personnelle et professionnelle. En outre, les TS plus jeunes, mais avec davantage d'années de pratique pourraient avoir obtenu un score SEP plus faible en lien avec la reconnaissance d'autrui et l'état physiologique et émotionnel associés à de jeunes professionnels. Bref, le fait d'être plus âgé est associé à une plus grande intégration de la spiritualité, ce qui appuie les résultats retrouvés dans d'autres études (Heyman et al., 2006; Larsen, 2011).

6.1.2.2. *Le degré et l'importance de la spiritualité et la religiosité*

Le degré de spiritualité influence aussi négativement le SEP, c'est-à-dire que plus il est élevé, moins le SEP est élevé. Ce résultat fait écho à ce qui a été observé dans les analyses du score total, considérant que les variables *importance de la spiritualité* et *degré de religiosité* influencent quant à elles positivement le SEP. En ce qui concerne la religiosité personnelle du travailleur social, elle est associée à l'intégration de la RS en intervention dans diverses études réalisées précédemment (Al-Ma'seb, 2019; Asselt et Senstock, 2009; Oxhandler et al., 2015). Le TS qui a un haut niveau de religiosité est une personne pour qui la religion ou la spiritualité prend racine dans ses valeurs, ses croyances et ses pratiques au quotidien. Tout en assurant une objectivité dans sa posture professionnelle, sa sensibilité aux éléments qui touchent à la dimension spirituelle peut certainement l'amener à explorer cet aspect du fonctionnement social chez la personne qu'il accompagne de la même façon que l'expérience personnelle du travailleur social avec les problèmes de santé mentale ou le trauma est associée à une plus grande intégration de la spiritualité en intervention (Dane et Moore, 2006).

6.1.2.3. *La formation antérieure*

Enfin, la formation antérieure sur la spiritualité influence le sentiment d'efficacité personnelle dans une relation négative, à savoir que le fait d'avoir reçu de la formation correspond à un score moins élevé. À l'inverse, les participants n'ayant reçu aucune formation sur la spiritualité ont un score plus élevé. Parmi les répondants ayant reçu de la formation antérieurement (n=4), les types ont été libellés comme suit : « *méditation pleine*

conscience », « *cours universitaire sur la diversité culturelle* », « *axée sur le rétablissement en santé mentale* » et « *sur la spiritualité en général* ». Ces informations ne nous permettent pas de conclure que le contenu de la formation abordait directement l'intégration de la spiritualité en travail social ou dans les soins de santé. Elles avaient peut-être davantage une visée informative sur la spiritualité et ses dimensions, sans nécessairement aborder sa prise en compte avec les personnes accompagnées en contexte professionnel de travail social. Qui plus est, il est possible que la formation n'ait pas comblé le besoin d'être formé suffisamment (Starnino et al., 2014) et ait ainsi augmenté ou maintenu l'inconfort à la prendre en compte dans leur pratique professionnelle. À cet effet, un intervenant peut décider de suivre une formation parce qu'il est conscient de son besoin d'être formé sur un sujet. En ce sens, la formation a comme rôle de nous faire réfléchir et d'explorer les subtilités et les enjeux qui entourent un domaine. Parmi ceux-ci, on retrouve le degré de motivation à entreprendre la formation, les différences individuelles, la perception à l'égard du contenu, les facettes cognitives de l'apprentissage et le niveau d'engagement (Clark, 2019). À la suite de celle-ci, il y a différents aspects à considérer, dont son efficacité, son impact et ses possibilités de transfert (Gérard, 2003). En considérant ces composantes, il est possible que le fait d'avoir suivi une formation soit associé à un moins grand niveau d'intégration, puisque cette dernière a peut-être apporté une plus grande sensibilité sur ce sujet et davantage de questionnements en lien avec son intégration. Enfin, il est possible que les formations suivies fussent incomplètes en regard du sujet de notre étude ou inadéquates.

6.1.2.4. Le milieu de pratique et le contexte d'intervention

Au sein du modèle réduit, le milieu de pratique et le contexte d'intervention ont généré des différences significatives. Ainsi, les TS œuvrant en milieu scolaire ont un score significativement plus élevé que ceux œuvrant en pratique privée. À cet effet, les TS qui travaillent en milieu scolaire œuvrent le plus souvent au sein d'équipes multidisciplinaires (professeurs, conseillers d'orientation, psychoéducateurs, etc.). Au Québec, on retrouve dans les écoles un animateur de vie spirituelle et d'engagement communautaire (AVSEC). Celui-ci « conçoit, planifie, organise et anime des activités qui permettent aux élèves de développer leur vie spirituelle et leur conscience sociale, de participer à l'amélioration de leur milieu et de la société, ainsi que d'établir des liens entre leur vie spirituelle et leur engagement communautaire » (Fédération des professionnelles et professionnels de l'éducation du Québec, 2021). Les TS ont ainsi théoriquement dans leur entourage professionnel un acteur qui sensibilise et mobilise les jeunes à la vie spirituelle. Enfin, de façon similaire à ce qui a été obtenu pour le score total, le score SEP des TS œuvrant en santé mentale est significativement plus élevé que ceux œuvrant en déficience intellectuelle et physique.

6.1.3. Les attitudes positives

Alors que différentes études ont soulevé l'influence des attitudes positives sur l'intégration de la RS en intervention sociale (Kvarfordt et Sheridan, 2010; Murdock, 2005; Sheridan, 2004; Stewart et al., 2006), trois variables ressortent comme ayant un effet sur celles-ci à l'égard de l'intégration de la spiritualité en intervention : le genre, le niveau d'étude et le milieu de pratique.

6.1.3.1. Le genre

Il y a une différence significative en ce qui a trait au genre, dans lequel le score obtenu pour les attitudes des femmes est significativement plus élevé que celui des hommes. Alors que certaines études avancent l'idée qu'il puisse exister des différences en lien avec les attitudes à l'égard de la spiritualité de la personne accompagnée (DiLalla et al., 2004) ou encore de la religiosité qui peut être différenciée selon le genre (Trzebiatowska et Bruce, 2012), d'autres indiquent que ce n'est pas nécessairement le cas et demandent davantage de nuances (Simpson et al., 2008). Sur les 40 participants, le nombre de personnes s'identifiant comme homme était très faible (n=3) comparativement au nombre de personnes s'identifiant comme femme (n=37). Considérant que les hommes représentent 11,9 % des professionnels de l'OTSTCFQ (Office des professions du Québec, 2019) et seulement 7,5 % de l'échantillon, cela indique un intérêt et une ouverture moins marqués de ces derniers pour ce sujet.

6.1.3.2. Le niveau d'études

Les travailleurs sociaux qui ont un baccalauréat ont obtenu un score à cette sous-échelle qui est significativement plus élevé que ceux qui ont une maîtrise. Ce résultat peut d'abord apparaître comme surprenant. Toutefois, cette variable est somme toute large et peut englober une multitude d'éléments pouvant expliquer le résultat. En outre, il apparaît pertinent de soulever que le choix de poursuivre des études de deuxième cycle est influencé par plusieurs aspects. Parmi ceux-ci se retrouvent les facteurs d'ordres individuels, académiques ou relationnels (Hall et LeBreton, 2013), tous pouvant potentiellement

influencer le parcours des étudiants. Par ailleurs, il est également possible que les formations de deuxième cycle aient peu ou pas du tout abordé l'intégration de la spiritualité, alors que les formations du baccalauréat en travail social auraient pu l'aborder à travers des cours plus généraux comme ceux ciblant les approches interculturelles, comme soulevé par P10 qui a indiqué avoir abordé cette dimension lors d'un « *cours d'université sur la diversité culturelle* ». Ainsi, la formation de baccalauréat, même si elle aborde peu ou pas de contenu en lien avec la spiritualité, serait tout de même positive. Or, notre questionnaire ne permettait pas d'identifier la formation de premier cycle de celles et ceux qui indiquaient avoir effectué une maîtrise en travail social. Il se pourrait que leur baccalauréat ait été effectué dans une autre discipline connexe, comme la psychologie, les sciences infirmières ou la psychoéducation.

6.1.3.3. Le milieu de pratique

Les résultats indiquent une différence significative quant aux milieux de pratique : le score des intervenants œuvrant en milieu scolaire est significativement plus élevé que le score des intervenants œuvrant dans un organisme communautaire et des intervenants œuvrant dans les CIUSSS. Il est toutefois surprenant d'observer que les attitudes des TS en milieu scolaire sont plus positives que celles des TS en CIUSSS, surtout considérant que ces deux milieux ont en leur sein « des professionnels du spirituel », soit respectivement l'animateur de vie spirituelle et d'engagement communautaire (AVSEC) et l'intervenant en soins spirituels (ISS). Cela pourrait être dû au fait que les services de soins spirituels au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont été, à certaines périodes dans les dernières années, indisponibles les soirs et les fins de semaine (Gagnon, 2019), envoyant ainsi un message

contradictoire sur l'importance de la spiritualité dans les soins de santé. Par ailleurs, l'influence que peuvent avoir les AVSEC sur l'équipe de travail quant à la pertinence de la spiritualité est peut-être différente des ISS qui, eux, doivent justifier leur travail au sein de l'équipe de soin (Cherblanc et Jobin, 2013a). À cet égard, P29, qui œuvre au sein du CIUSSS, indique « *Mon expérience [...] m'a permis de voir les effets positifs de reconnaître cette sphère qui est unique à chacun. Par contre, j'ai souvent senti des divergences d'opinions, malaises, ou désaccords d'autres intervenants de travailler avec le spirituel* ». Cette réflexion indique qu'au sein même des institutions, il subsiste potentiellement des attitudes divergentes à l'égard de l'importance d'intégrer la spiritualité au processus d'intervention. Or, il apparaît possible que cette différence soit attribuable aux conditions de travail propres à chacun de ces milieux. Les TS en milieu scolaire bénéficient de plus de temps avec les élèves afin d'effectuer leurs suivis individuels, où l'objectif principal se situe dans l'accompagnement. Les TS du CIUSSS ont une réalité différente : leur objectif est de rendre le patient autonome le plus rapidement possible afin qu'il n'ait plus besoin de services.

6.1.4. La faisabilité perçue

Dans le modèle réduit, deux variables sont apparues comme significatives : la formation académique et le contexte d'intervention. À cet égard, le score de faisabilité perçue des intervenants détenant une maîtrise est significativement plus élevé que ceux détenant un baccalauréat. Ce résultat était attendu, notamment lorsque l'on considère que la faisabilité perçue fait état d'une propension à la réflexivité et à l'ouverture à de nouvelles pratiques. Cette façon d'analyser, de réfléchir et de critiquer les interventions en place se développe de

façon plus prononcée aux cycles supérieurs (Proulx et al., 2012) et pourrait ainsi expliquer cette différence observée entre les TS détenant un baccalauréat et ceux détenant une maîtrise.

Par ailleurs, de façon cohérente à ce qui a été analysé précédemment, le score de faisabilité perçue auprès des intervenants en santé mentale est significativement plus élevé que le score de ceux qui œuvrent en soutien à domicile. De la même façon, il est possible que le contexte en santé mentale se prête de façon plus naturelle à l'intégration de la DS, de par la nature des objectifs d'intervention. Le soutien à domicile misant davantage sur les objectifs de maintien des conditions sociales, physiques et environnementales pour que la personne puisse rester le plus longtemps à la maison, la faisabilité perçue d'ajouter à ces éléments la spiritualité pourrait expliquer ces résultats.

6.2. Les forces et les limites de l'étude

Les résultats qui émergent de cette étude doivent être interprétés à la lumière de certaines forces et limites. D'abord, à notre connaissance, il s'agit d'une des seules études utilisant un devis quantitatif pour documenter l'intégration de la spiritualité chez les travailleurs sociaux québécois. À cet effet, elle permet de poser un premier regard sur les aspects qui peuvent influencer la prise en compte de cette dimension dans les interventions en travail social. De plus, devant l'absence d'une échelle standardisée en français pour mesurer la propension à intégrer la DS dans les interventions, nous avons entrepris d'effectuer une traduction de l'échelle anglaise *Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale*. Bien qu'elle n'ait pas été validée, l'utilisation d'une méthodologie structurée impliquant trois évaluateurs afin de limiter les biais relatifs à une traduction simple

constitue un élément positif s'inscrivant dans les forces du projet. Enfin, le fait d'avoir utilisé un questionnaire en ligne a permis de rejoindre rapidement les TS, tout en favorisant le dévoilement en lien avec sujet sensible, comme Mayer et al. (2000) l'ont souligné.

Concernant les limites à considérer, le nombre relativement restreint de participants dans le cadre d'une étude quantitative ($n=40$) ainsi que l'homogénéité relative de l'échantillon constitué principalement de femmes ($n=37$) et de personnes s'identifiant comme non racisées ($n=39$) résidant dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean constituent des limites à la généralisation des résultats. En ce sens, la méthode d'échantillonnage, qui s'est effectuée à partir d'une base volontaire plutôt qu'aléatoire ou randomisée, s'inscrit dans les limites du projet. De plus, l'échelle originale de la RSIPAS contenait elle-même des limites. Ses appuis théoriques étaient plus ou moins explicités et la présence d'énoncés mesurant deux construits au sein d'un même item ne respectait pas les principes d'élaboration d'outils psychométriques. Ainsi, cette échelle se présentait comme la meilleure option pour évaluer l'intégration de la spiritualité en intervention chez les travailleurs sociaux, mais elle mériterait tout de même qu'on s'attarde plus spécifiquement à sa structure factorielle afin de la rendre optimale. Comme évoqué plus haut, la traduction et l'adaptation utilisées dans le cadre de notre étude n'ont pas fait l'objet d'une validation psychométrique. Ainsi, la version produite constitue la première étape vers une adaptation standardisée. En considérant sa cohérence interne élevée ($\alpha = 0.94$), elle nécessiterait un volet supplémentaire afin de valider en profondeur ses qualités psychométriques et une analyse pour l'abrégé.

6.3. Recommandations et perspectives

Alors que certains TS ont des attitudes marquées par l'ouverture et l'intérêt d'intégrer la spiritualité dans les interventions menées en travail social, d'autres font preuve de méfiance et de retenue. Ces réactions et appréhensions sont documentées et présentes tant dans les sociétés où la religion et la spiritualité occupent une grande place comme les États-Unis (Canda et al., 2004) ou le Koweït (Al-Ma'seb, 2019) qu'au Canada (Coholic, 2012). La façon dont nous concevons la spiritualité en tant qu'individus dépend de plusieurs aspects, de notre vécu le plus intime aux représentations historiques et collectives qui habitent notre imaginaire. Devant ces tensions, un des meilleurs moyens pour aborder les préjugés et les appréhensions passe par la présentation de nouvelles informations (Pickens, 2005). Il apparaît donc d'autant plus évident que la formation joue un rôle crucial dans la démystification de ce en quoi consiste la spiritualité et du rôle qu'elle joue dans le fonctionnement social de la personne accompagnée et dans l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle. Malgré le fait que la formation antérieure n'a pas révélé de relation significative positive avec les résultats de cette étude, le fait qu'elle soit apparue comme étant un facteur qui indique une moins grande intégration met en relief son importance. Ainsi, la formation devrait être un lieu où il est possible de considérer les questionnements de différentes natures, sur le plan du savoir-faire jusqu'à la posture professionnelle, en passant par les enjeux éthiques qui sous-tendent la prise en compte de cette dimension.

Les résultats font état d'un écart de l'intégration de cette dimension explicable, du moins en partie, par l'importance accordée personnellement à cet aspect par le TS. Or, sans nier la présence naturelle de variabilité individuelle présente d'une intervention et d'un

intervenant à l'autre, il est possible de miser sur une prise en compte globale et intégrée de la DS. À cet égard, des outils comme l'évaluation du fonctionnement social permettent de guider les TS afin qu'ils soient en mesure de considérer tous les aspects pertinents de la vie d'une personne. À la lumière des résultats, il semblerait que la spiritualité ne fasse pas partie des éléments pris en compte de façon systématique. Pourtant, comme discuté précédemment, les effets de la spiritualité sur la santé sont nombreux, sur le plan tant de la santé cardiovasculaire (Edmondson et al., 2005) et de la santé mentale, notamment en ce qui concerne le bien-être, le bonheur, l'espoir, l'optimisme et la gratitude (Koenig, 2012), que du fonctionnement social global (Canda et al., 2019). Le fait que ce soient les valeurs du TS qui ont un plus grand impact sur les différentes dimensions de l'intégration de la spiritualité, c'est-à-dire l'importance qu'il ou elle accorde à la DS ou son niveau de religiosité, témoigne des lacunes qui existent au sein de la formation académique, comme soulevé par Coholic (2006) et Canda et al. (2019). Une plus grande sensibilisation à cette dimension cruciale de la santé permettrait donc, sur le plan tant de la formation académique que de la formation continue, d'outiller de façon adéquate les travailleurs sociaux tout en tenant compte de leurs préoccupations — tout à fait légitimes, il faut le rappeler — concernant l'intégration de cette dimension dans leurs interventions.

Mais par où commencer ? Les premières pistes à explorer concernent les compétences spirituelles, par le développement d'une sensibilité à la manière dont les personnes accompagnées perçoivent le sens de leur vie, de leur histoire et la façon dont ils voient et expérimentent le monde (Whelan, 2019). Après tout, « la question du sens interpelle directement la question de la spiritualité » (Bergeron-Leclerc, 2019, p. 78). En intervention

comme dans les soins de santé, développer la capacité à recueillir un historique spirituel en utilisant des méthodes variées, qu'elles soient formelles ou informelles, constitue un point de départ incontournable. À titre d'exemple, Canda et al. (2019, p. 354) proposent quelques questions ouvertes pour évaluer de façon implicite la spiritualité d'une personne en contexte clinique. En voici quelques-unes, traduites librement :

- Qu'est-ce qui vous donne espoir, plus particulièrement en ces temps plus difficiles ?
- Qu'est-ce qui donne du sens et un but à votre vie ?
- Qu'est-ce qui vous inspire ?
- Où puisez-vous vos forces pour traverser des moments difficiles ou de crise ?
- Envers quoi êtes-vous le plus reconnaissant ?
- En quoi placez-vous votre confiance et vos espoirs ?
- Quelles sont vos sources de sens, de paix, de joie et de force dans le passé qui vous ont aidés à passer à travers les moments difficiles et comment peuvent-elles être appliquées à la situation actuelle ?
- Qu'est-ce qui vous fait sentir le plus en vie ?

De plus, certains outils plus formels comme FICA (Faith and Belief, Importance, Community, Address in Care or Action)(Puchalski et Romer, 2000) ; iCARING (Importance, Community, Assets and Resources, Influence, Needs et Goals) (Hodge, 2015); SPIRIT (Spiritual belief system, Personal spirituality, Integration with a spiritual community, Ritualized practices, Implications for medical care, Terminal events planning) (Maugans, 1996), ou HOPE (Anandarajah et Hight, 2001) peuvent être utilisés et adaptés en fonction des contextes de pratique et des besoins de chaque personne (Puchalski, 2010). Enfin,

certaines modèles conceptuels comme le CHIME (Connectedness, Hope and optimism about the future, Intity, Meaning in life et Empowerment) (Leamy et al., 2011) pourraient aisément être présentés et discutés en contexte académique et lors de formations continues afin de développer des compétences en lien avec le rôle de la spiritualité dans la santé globale et le bien-être des personnes. En bref, ces quelques pistes peuvent constituer un point de départ intéressant pour les travailleurs sociaux qui souhaitent en apprendre davantage sur les façons d'intégrer concrètement la spiritualité dans leurs interventions.

CONCLUSION

La spiritualité est résolument empreinte d'une variabilité marquée à la fois par les contextes culturels et historiques des pays où on l'étudie et par les trajectoires individuelles de chacun. Parfois perçue comme taboue (Ver Beek, 2000) ou confondue avec la religion (Canda, 2013), l'importance qu'elle revêt ne cesse de prendre de l'importance dans les milieux de soins (Koenig et al., 2012; Puchalski et al., 2009) et dans les approches d'intervention (Ambrose-Oji, 2013; Lazaridou et Pentaris, 2016). Bien que pour certains elle soit en opposition avec la science, une tendance se dessine à plutôt la considérer comme complémentaire (Walach et Reich, 2005). Devant une intégration souhaitée et recommandée par l'OTSTCFQ, très peu d'études se sont penchées sur la manière de transposer ce souhait de façon concrète et viable par les intervenants.

Ce mémoire avait comme objectif principal de documenter les facteurs qui influencent l'intégration de la spiritualité dans les interventions en travail social dans un contexte québécois. Les résultats nous indiquent que celle-ci est somme toute modérée et beaucoup moins importante au Saguenay–Lac-Saint-Jean qu'aux États-Unis. En effet, on observe une différence de score moyen de plus de 27 points à l'échelle globale de la RSIPAS, notre étude faisant état d'un score moyen moyen de 126,11 en comparaison avec l'étude originale d'Oxhandler et Parrish (2016) qui se trouve à 153,53. Alors que certains facteurs externes à l'intervenant comme le contexte ou le milieu de pratique se sont avérés significatifs, le facteur qui revient le plus souvent comme prédicteur significatif est celui de

l'importance accordée à la spiritualité dans la vie personnelle du TS, que ce soit à travers la variable *importance de la spiritualité* ou celle *degré de religiosité*. Même s'il était attendu en raison de ses démonstrations fréquentes au sein de la littérature (Al-Ma'seb, 2019; Asselt et Senstock, 2009; Mattison et al., 2000), ce constat amène des réflexions quant à la formation sur la spiritualité lors du parcours académique des étudiants en travail social. En effet, le fait que ce soit les valeurs personnelles du TS qui expliquent le plus souvent la prise en compte ou non de la spiritualité et que le fait d'avoir suivi une formation sur ce thème y soit négativement corrélé démontre la nécessité de réfléchir sur l'adéquation entre les attentes formulées par l'OTSTCFQ et la réalité clinique et académique. Les commentaires rédigés par certains TS, tantôt marqués par l'ouverture à aborder cette dimension, tantôt marqués par des appréhensions ou une incompréhension de la pertinence de le faire, témoignent de la dualité présente sur ce sujet. Alors que plusieurs personnes ont des attentes quant au fait d'aborder la spiritualité lors de leur processus de relation d'aide (Harris et al., 2016; Rose et al., 2008) et que même celles qui n'en avaient pas au départ ont trouvé des avantages à l'aborder (Hodge, 2015), la nécessité d'une formation adéquate et inclusive devient particulièrement saillante.

Par ailleurs, depuis maintenant plus d'un an, les pays du monde entier font face à la plus grande épidémie depuis la grippe espagnole de 1918, causée par la maladie de coronavirus COVID-19. Nous ne mesurons toujours pas l'ampleur des conséquences sanitaires, sociales, économiques, environnementales et politiques que cette crise a engendrées. Nous savons cependant qu'à travers cette période marquée par le deuil de personnes significatives, mais aussi par d'autres deuils symboliques engendrés par la

transformation des relations sociales et du vivre au quotidien (Mayland et al., 2020), les professionnels de la santé et des services sociaux ont un rôle important à jouer dans le soutien et le rétablissement de personnes vivant des difficultés (Pfefferbaum et North, 2020). Considérant que la spiritualité est souvent mobilisée ou actualisée lors de moments marquants, certaines études indiquent déjà que la spiritualité a pu agir comme un facteur de protection, faciliter la résilience et contribuer à un meilleur état de santé mentale pendant la crise sanitaire (Büssing et al., 2021; Cherblanc et al., 2021; del Castillo, 2020; Lucchetti et al., 2020). Dans ce contexte sans précédent vécu à l'échelle planétaire que la sensibilisation des TS et l'éducation adéquate en lien avec l'intégration de la spiritualité dans leurs interventions en travail social apparaît plus nécessaire que jamais. En contexte de crise, les questions de sens, de sacré et de transcendance se posent de façon plus importante et peuvent permettre de reconsidérer la forme particulière que la science attribue à la spiritualité.

L'expérience de la spiritualité étant dynamique, elle est à la fois profondément intime, mais aussi influencée par les normes culturelles et sociales. C'est pourquoi le sujet de l'intégration de la spiritualité dans la profession de travail social doit donner lieu à un dialogue véritable entre les TS, les milieux de soins et le milieu académique. Ces échanges doivent par ailleurs aborder les tensions et les dérives potentielles de la spiritualité, en maintenant toujours un esprit critique quant à l'instrumentalisation dont elle peut être l'objet, que ce soit par des individus ou par des institutions. Il est d'autant plus important d'approcher ce sujet avec sensibilité, ouverture et nuance, afin que chacun puisse exprimer ses appréhensions et ses questionnements à l'égard de ce sujet. Avec ce mémoire, nous espérons avoir contribué à poser un regard actuel sur ce thème. Nous souhaitons ouvrir la voie à une

réflexion sur la nécessité de s'outiller en tant que professionnels afin d'être en mesure de prendre en compte la dimension spirituelle dans les interventions menées en travail social.

RÉFÉRENCES

- Ajzen, I., Fishbein, M., Lohmann, S. et Albarracín, D. (2018). The influence of attitudes on behavior. Dans *The handbook of attitudes*. Psychology Press.
- Al-Ma'seb, H. (2019). Assessment of clinical social worker's familiarity with and views about the integration of client's religion and spirituality in social work. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 38(2), 180-196. <https://doi.org/10.1080/15426432.2019.1574691>
- Aldwin, C. M., Park, C. L., Jeong, Y.-J. et Nath, R. (2014). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(1), 9. <https://doi.org/10.1037/a0034416>
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. Dans *Handbook of Social Psychology*. Clark University Press.
- Allport, G. W. et Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5(4), 432.
- Ambrose-Oji, B. (2013). *Mindfulness practice in woods and forests: An evidence review*. Repéré à <http://www.merseyforest.org.uk/news/mindfulness-and-forests-report-released>
- Anandarajah, G. et Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American family physician*, 63(1), 81.
- Anthony Lewis, R. (2003). Langue métissée et traduction: quelques enjeux théoriques. *Meta: journal des traducteurs/Meta: Translators' Journal*, 48(3), 411-420. <https://doi.org/10.7202/007601ar>
- Asselt, K. W. et Senstock, T. D. B. (2009). Influence of counselor spirituality and training on treatment focus and self - perceived competence. *Journal of Counseling & Development*, 87(4), 412-419. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2009.tb00125.x>
- Astrow, A. B., Puchalski, C. M. et Sulmasy, D. P. (2001). Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *The American journal of medicine*, 110(4), 283-287. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343\(00\)00708-7](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343(00)00708-7)
- Aten, J. D., Smith, W. R., Davis, E. B., Van Tongeren, D. R., Hook, J. N., Davis, D. E., Shannonhouse, L., DeBlaere, C., Ranter, J., O'Grady, K. et Hill, P. C. (2019). The psychological study of religion and spirituality in a disaster context: A systematic review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(6), 597-613. <https://doi.org/10.1037/tra0000431>
- Baumsteiger, R. et Chenneville, T. (2015). Challenges to the conceptualization and measurement of religiosity and spirituality in mental health research. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2344-2354.
- Bergeron-Leclerc, C. (2019). Le rétablissement en santé mentale. Représentations, compétences et stratégies d'intervention à privilégier. Dans *La pratique du travail social en santé mentale. Apprendre, comprendre, s'engager*. Les Presses de l'Université du Québec.
- Bhagwan, R. (2010). Spirituality in Social Work: A Survey of Students at South African Universities. *Social work education*, 29(2), 188-204. <https://doi.org/10.1080/02615470902912235>

- Bisson, D. (2012). La spiritualité au miroir de l'ultramodernité. *Amnis. Revue d'études des sociétés et cultures contemporaines Europe/Amérique*(11). <https://doi.org/10.4000/amnis.1728>
- Blair, L. J. (2015). The influence of therapists' spirituality on their practice: A grounded theory exploration. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(3), 161-170. <https://doi.org/10.1002/capr.12015>
- Bothwell, R. (1998). *Canada and Quebec: One country, two histories*. UBC Press.
- Bouchard, G. et Taylor, C. (2008). Fonder l'avenir. Le temps de la conciliation [Building the future: A time for reconciliation]. *Rapport de la Commission de Consultation sur Les Pratiques d'Acommodement Reliées aux Différences Culturelles*.
- Brown, D. R., Carney, J. S., Parrish, M. S. et Klem, J. L. (2013). Assessing spirituality: The relationship between spirituality and mental health. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 15(2), 107-122. <https://doi.org/10.1080/19349637.2013.776442>
- Bruce, A., Sheilds, L. et Molzahn, A. (2011). Language and the (im) possibilities of articulating spirituality. *Journal of holistic nursing*, 29(1), 44-52. <https://doi.org/10.1177/0898010110381116>
- Burucoa, B. (2009). Le face à face avec la fragilité, la souffrance, la finitude. Dans *Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité. Autres regards sur le handicap, le grand âge et la fin de vie* (pp. 27-43). Seli Arslan.
- Büssing, A., Rodrigues Recchia, D., Dienberg, T., Surzykiewicz, J. et Baumann, K. (2021). Awe/Gratitude as an experiential aspect of spirituality and its association to perceived positive changes during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 385. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.642716>
- Callahan, A. M. et Benner, K. (2018). Building spiritual sensitivity through an online spirituality course. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 37(2), 182-201. <https://doi.org/10.1080/15426432.2018.1445574>
- Canadian Society for Spirituality and Social Work. (2020a). *Definition of spirituality*. Repéré à <https://www.spiritualityandsocialwork.ca/vision--mission.html>
- Canadian Society for Spirituality and Social Work. (2020b). *Our Vision and Mission*. Repéré à <https://www.spiritualityandsocialwork.ca/vision--mission.html>
- Canda, E. R. (2013). Human Needs: Religion and Spirituality. Dans *Encyclopedia of social work*. Oxford University Press. <https://doi.org/9780199975839.013.557>
- Canda, E. R., Furman, L. D. et Canda, H.-J. (2019). *Spiritual diversity in social work practice: The heart of helping*. Oxford University Press.
- Canda, E. R., Nakashima, M. et Furman, L. D. (2004). Ethical considerations about spirituality in social work: Insights from a national qualitative survey. *Families in Society*, 85(1), 27-35. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.256>
- Carlisle, P. (2015). Religion and spirituality as troublesome knowledge: The views and experiences of mental health social workers in Northern Ireland. *The British Journal of Social Work*, 46(3), 583-598. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv068>
- Cherblanc, J., Bergeron-Leclerc, C. et Gauthier, G. (accepté). La spiritualité et le travail social : une intégration souhaitée mais limitée. *Nouvelles pratiques sociales*.
- Cherblanc, J., Bergeron-Leclerc, C., Maltais, D., Cadell, S., Gauthier, G., Labra, O. et Ouellet-Plamondon, C. (2021). Predictive Factors of Spiritual Quality of Life during the COVID-19 Pandemic: A Multivariate Analysis. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01233-6>

- Cherblanc, J. et Jobin, G. (2013a). Vers une psychologisation du religieux? *Archives de sciences sociales des religions*, 39-62.
- Cherblanc, J. et Jobin, G. (2013b). Vers une psychologisation du religieux? Le cas des institutions sanitaires au Québec. *Archives de sciences sociales des religions*, 58(163), 39-62. <https://doi.org/10.4000/assr.25210>
- Cherblanc, J. et Jobin, G. (2019). Théorisation du spirituel à partir de l'analyse de pratiques des Intervenants en soins spirituels au Québec: un modèle original à six dimensions. *Studies in Religion/Sciences Religieuses*. <https://doi.org/10.1177/0008429819858980>
- Cheung, A. K. L. (2014). Structured Questionnaires. Dans A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 6399-6402). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2888
- Chevrier, J. (2003). La spécification de la problématique. Dans *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. (pp. 51-84). Presses de l'Université du Québec.
- Clark, R. C. (2019). *Evidence-based training methods: A guide for training professionals*. American Society for Training and Development.
- Coholic, D. (2006). Spirituality in social work pedagogy: a Canadian perspective. *Journal of Teaching in Social Work*, 26(3/4), 197-217. https://doi.org/10.1300/J067v26n03_13
- Coholic, D. (2012). A review of spiritually sensitive and holistic social work methods: Current emphases and future directions for research and practice. Dans *Spirituality in Social Work and Education: Theory, Practice and Pedagogies*. Wilfrid Laurier University Press.
- Corbière, M. et Larivière, N. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2e édition. ed.). Presses de l'Université du Québec.
- Crisp, B. R. (2019). *Spirituality and social work*. Routledge.
- Crook-Lyon, R. E., O'Grady, K. A., Smith, T. B., Jensen, D. R., Golightly, T. et Potkar, K. A. (2012). Addressing religious and spiritual diversity in graduate training and multicultural education for professional psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(3), 169. <https://doi.org/10.1037/a0026403>
- Curlin, F. A., Lawrence, R. E., Chin, M. H. et Lantos, J. D. (2007). Religion, conscience, and controversial clinical practices. *New England Journal of Medicine*, 356(6), 593-600. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa065316>
- Dane, B. et Moore, R. (2006). Social workers' use of spiritual practices in palliative care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 1(4), 63-82. https://doi.org/10.1300/J457v01n04_05
- Dein, S., Cook, C. C. et Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and mental health: Current controversies and future directions. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(10), 852-855. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31826b6dle>
- del Castillo, F. A. (2020). Health, spirituality and Covid-19: Themes and insights. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa185>
- Delaney, H. D., Miller, W. R. et Bisonó, A. M. (2007). Religiosity and spirituality among psychologists: A survey of clinician members of the American Psychological Association. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 538. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.538>

- Delli-Colli, N., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Hébert, R. et Trottier, L. (2013). Caractéristiques des personnes âgées et des travailleurs sociaux associées au temps fourni au soutien à domicile.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative: Guide pratique*. McGraw-Hill.
- Dhar, N., Chaturvedi, S. K. et Nandan, D. (2013). Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2(1), 3. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.115826>
- DiLalla, L. F., Hull, S. K. et Dorsey, J. K. (2004). Effect of gender, age, and relevant course work on attitudes toward empathy, patient spirituality, and physician wellness. *Teaching and learning in medicine*, 16(2), 165-170. https://doi.org/10.1207/s15328015t1m1602_8
- Doka, K. J. (2011). Religion and spirituality: Assessment and intervention. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7(1), 99-109. <https://doi.org/10.1080/15524256.2011.548049>
- Ducos, F. (1983). Delphi et analyses d'interaction. *Futuribles*, 71.
- Dupont, D. (2006). Sortir la spiritualité du placard. *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 12(1), 168-180. <https://doi.org/10.7202/013443ar>
- Dwyer, M. M. (2010). Religion, spirituality, and social work: A quantitative and qualitative study on the behaviors of social workers in conducting individual therapy. *Smith College Studies in Social Work*, 80(2-3), 139-158. <https://doi.org/10.1080/00377317.2010.486359>
- Eco, U. (2007). *Dire presque la même chose*. Grasset.
- Edmondson, K. A., Lawler, K. A., Jobe, R. L., Younger, J. W., Piferi, R. L. et Jones, W. H. (2005). Spirituality predicts health and cardiovascular responses to stress in young adult women. *Journal of Religion and Health*, 44(2), 161-171. <https://doi.org/10.1007/s10943-005-2774-0>
- Ehman, J. W., Ott, B. B., Short, T. H., Ciampa, R. C. et Hansen-Flaschen, J. (1999). Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Archives of internal Medicine*, 159(15), 1803-1806.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. Norton & Company.
- Exline, J. J. et Rose, E. D. (2013). Religious and Spiritual Struggles. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, 380. <https://doi.org/10.1037/14045-025>
- Fédération des professionnelles et professionnels de l'éducation du Québec. (2021). Repéré à <https://www.fppe.ca/nos-professions/services-directs/animatrice-ou-animateur-de-vie-spirituelle-et-dengagement-communautaire/>
- Franzen, A. B. (2018). Influence of physicians' beliefs on propensity to include religion/spirituality in patient interactions. *Journal of Religion and Health*, 57(4), 1581-1597. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0638-7>
- Furman, L. D., Benson, P. W., Canda, E. R. et Grimwood, C. (2005). A comparative international analysis of religion and spirituality in social work: A survey of UK and US social workers. *Social work education*, 24(8), 813-839. <https://doi.org/10.1080/02615470500342132>
- Furman, L. D., Zahl, M. A., Benson, P. W. et Canda, E. R. (2007). An international analysis of the role of religion and spirituality in social work practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 88(2), 241-254.

- Furness, S. et Gilligan, P. (2012). 'It never came up': Encouragements and discouragements to addressing religion and belief in professional practice—what do social work students have to say? *British Journal of Social Work*, 44(3), 763-781. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs140>
- Gagnon, M. (2019). Retour du service d'intervention en soins spirituels en tout temps au CIUSSS. *Radio-Canada Ici Saguenay-Lac-St-Jean*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1156734/intervention-soins-spirituels-ciuss-24-heures>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. et Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gall, T. L., Malette, J. et Guirguis-Younger, M. (2011). Spirituality and religiousness: A diversity of definitions. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 13(3), 158-181. <https://doi.org/10.1080/19349637.2011.593404>
- Gardner, M. F. (2013). *Critical spirituality: A holistic approach to contemporary practice*. Ashgate Publishing.
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G. et McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of social and clinical psychology*, 19(1), 102-116. <https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.102>
- Gérard, F.-M. (2003). *L'évaluation de l'efficacité d'une formation*. Gestion 2000.
- Gilligan, P. et Furness, S. (2006). The role of religion and spirituality in social work practice: views and experiences of social workers and students. *The British Journal of Social Work*, 36(4), 617-637. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch252>
- Gliem, J. A. et Gliem, R. R. (2003). *Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales*. Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community.
- Gouvernement du Québec. (2021). *Maintenir une bonne santé mentale*. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/maintenir-une-bonne-sante-mentale>
- Grabber, D. R., Johnson, J. A. et Hornberger, K. D. (2001). Spirituality and healthcare organizations/Practitioner application. *Journal of Healthcare Management*, 46(1), 39.
- Graham, J. R. (2006). Spirituality and social work: A call for an international focus of research. *Arete Columbia South Carolina*, 30(1), 63.
- Graham, J. R., Coates, J., Swartzentruber, B. et Ouellette, B. (2007). *Spirituality and social work: Select Canadian readings*. Canadian Scholars' Press.
- Griffith, J. et Griffith, M. (2002). *Sacred Encounters in Psychotherapy: How to talk with people about their spiritual lives*. Guilford Press.
- Guay, J.-H. (2014). *Statistiques en sciences humaines avec R. 2e édition*. Les Presses de l'Université Laval.
- Hall, C. R., Dixon, W. A. et Mauzey, E. D. (2004). Spirituality and religion: Implications for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 82(4), 504-507. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00339.x>
- Hall, V. et LeBreton, D. (2013). Le contexte relationnel et la décision de poursuivre des études de maîtrise. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 47(2).
- Harris, K. A., Randolph, B. E. et Gordon, T. D. (2016). What do clients want? Assessing spiritual needs in counseling: A literature review. *Spirituality in Clinical Practice*, 3(4), 250. <https://doi.org/10.1037/scp0000108>

- Hasson, F., Keeney, S. et McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015.
- Hayden, D. (2011). Spirituality in end-of-life care: attending the person on their journey. *British Journal of Community Nursing*, 16(11), 546-551. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.11.546>
- Hayman, J. W., Kurpius, S. R., Befort, C., Nicpon, M. F., Hull - Blanks, E., Sollenberger, S. et Huser, L. (2007). Spirituality among college freshmen: Relationships to self - esteem, body image, and stress. *Counseling and Values*, 52(1), 55-70. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2007.tb00087.x>
- Heyman, J., Buchanan, R., Musgrave, B. et Menz, V. (2006). Social workers' attention to clients' spirituality: Use of spiritual interventions in practice. *Arete*, 30(1), 78.
- Hill, A. J. et Donaldson, L. P. (2012). We shall overcome: Promoting an agenda for integrating spirituality and community practice. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 31(1-2), 67-84. <https://doi.org/10.1080/15426432.2012.647887>
- Hill, P. C. et Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American psychologist*, 58(1), 64. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.64>
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, J., Michael E, Swyers, J. P., Larson, D. B. et Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the theory of social behaviour*, 30(1), 51-77. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00119>
- Hodge, D. (2018a). The evolution of spirituality and religion in international social work discourse: Strengths and limitations of the contemporary understanding. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 37(1), 3-23. <https://doi.org/10.1080/15426432.2017.1350125>
- Hodge, D. (2018b). Spiritual competence: What it is, why it is necessary, and how to develop it. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 27(2), 124-139. <https://doi.org/10.1080/15313204.2016.1228093>
- Hodge, D. R. (2011). Evidence-based spiritual practice: Using research to inform the selection of spiritual interventions. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 30(4), 325-339. <https://doi.org/10.1080/15426432.2011.619896>
- Hodge, D. R. (2015). *Spiritual assessment in social work and mental health practice*. Columbia University Press.
- Hodge, D. R. et Horvath, V. E. (2011). Spiritual needs in health care settings: A qualitative meta-synthesis of clients' perspectives. *Social Work*, 56(4), 306-316. <https://doi.org/10.1093/sw/56.4.306>
- Holden, M. M. (2012). Using critically reflective practice when implementing ethical and sensitive spiritual frameworks in social work practice. *Reflective Practice*, 13(1), 65-76. <https://doi.org/10.1080/14623943.2011.626021>
- Holloway, M. et Moss, B. (2010). *Spirituality and social work*. Macmillan International Higher Education.
- Hood Jr, R. W., Hill, P. C. et Spilka, B. (2018). *The psychology of religion: An empirical approach*. Guilford Publications.
- Howell, D., Bestgen, Y., Yzerbyt, V. et Rogier, M. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. De Boeck.

- Ishibashi, K. L., Koopmans, J., Curlin, F. A., Alexander, K. A. et Ross, L. F. (2008). Paediatricians' attitudes and practices towards HPV vaccination. *Acta Paediatrica*, 97(11), 1550-1556. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00958.x>
- Jahn Kassim, P. N. et Alias, F. (2016). Religious, Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Issues: Fundamental Requisites for Medical Decision Making. *Journal of Religion and Health*, 55(1), 119-134. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9995-z>
- Jobin, G. (2016). La prise en compte de l'expérience spirituelle en soins palliatifs : un cas de mutation des représentations de la spiritualité. *Laval théologique et philosophique*, 72(3), 449-463. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1040356ar>
- Jones, E. G. et Kay, M. (1992). Instrumentation in cross-cultural research. *Nursing research*, 41(3), 186-188.
- Jones, J. W. (2004). Religion, health, and the psychology of religion: How the research on religion and health helps us understand religion. *Journal of Religion and Health*, 43(4), 317-328. <https://doi.org/10.1007/s10943-004-4299-3>
- Kattan, W. et Talwar, V. (2013). Psychiatry residents' attitudes toward spirituality in psychiatry. *Academic Psychiatry*, 37(5), 360-362. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.13030027>
- Khalid, M. (2006a). Service social, spiritualité, vieillissement : de la négation au dialogue interactif. *Reflets*, 12(1), 74-106. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/013439ar>
- Khalid, M. (2006b). Service social, spiritualité, vieillissement: de la négation au dialogue interactif. *Reflets: Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 12(1), 74-106. <https://doi.org/10.7202/013439ar>
- King, M., Speck, P. et Thomas, A. (2001). The royal free interview for spiritual and religious beliefs: Development and validation of a self-report version. *Psychological medicine*, 31(6), 1015-1023. <https://doi.org/10.1017/S0033291701004160>
- Kirk, S. A. et Reid, W. J. (2002). *Science and social work: A critical appraisal*. Columbia University Press.
- Koenig, H. (2013). *Spirituality in patient care: Why, how, when, and what*. Templeton Foundation Press.
- Koenig, H., Koenig, H. G., King, D. et Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford University Press.
- Koenig, H., McCollough, M. et Larson, D. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press.
- Koenig, H. G. (2008). *Medicine, religion, and health: Where science and spirituality meet*. Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN psychiatry*, 2012. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Koenig, H. G., Pargament, K. I. et Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(9), 513-521.
- Koenig, H. G., Shelp, F., Goli, V., Cohen, H. J. et Blazer, D. G. (1989). Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(7), 599-606.
- Koenig, T. L. (2005). Caregivers' use of spirituality in ethical decision-making. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(1-2), 155-172. https://doi.org/10.1300/J083v45n01_09

- Kvarfordt, C. et Sheridan, M. (2010). Predicting the use of spiritually-based interventions with children and adolescents: Implications for social work practice. *Currents: Scholarship in the Human Services*, 9(1).
- Kvarfordt, C. L. et Sheridan, M. J. (2009). Understanding the pathways of factors influencing the use of spiritually based interventions. *Journal of Social Work Education*, 45(3), 385-405. <https://doi.org/10.5175/JSWE.2009.200800071>
- Kvarfordt, C. L., Sheridan, M. J. et Taylor, O. (2018). Religion and spirituality in social work curriculum: A survey of Canadian educators. *British Journal of Social Work*, 48(5), 1469-1487. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx069>
- Larsen, K. et Rinkel, M. (2016). What does religion and spirituality mean to a racially diverse group of social work practitioners? *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 35(3), 200-221. <https://doi.org/10.1080/15426432.2016.1185990>
- Larsen, K. M. (2011). How spiritual are social workers? An exploration of social work practitioners' personal spiritual beliefs, attitudes, and practices. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 30(1), 17-33. <https://doi.org/10.1080/15426432.2011.542713>
- Lawrence, R. E., Rasinski, K. A., Yoon, J. D. et Curlin, F. A. (2010). Obstetrician–gynecologist physicians' beliefs about emergency contraception: a national survey. *Contraception*, 82(4), 324-330. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.04.151>
- Lazaridou, A. et Pentaris, P. (2016). Mindfulness and spirituality: therapeutic perspectives. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 15(3), 235-244. <https://doi.org/10.1080/14779757.2016.1180634>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs*(5), 59-90. <https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0059>
- Liechty, D. (2013). Sacred content, secular context: A generative theory of religion and spirituality for social work. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 9(2-3), 123-143. <https://doi.org/10.1080/15524256.2013.794011>
- Lietz, C. A. et Hodge, D. R. (2013). Incorporating spirituality into substance abuse counseling: Examining the perspectives of service recipients and providers. *Journal of Social Service Research*, 39(4), 498-510. <https://doi.org/10.1080/01488376.2012.676023>
- Loue, S. (2017). *Handbook of Religion and Spirituality in Social Work Practice and Research*. Springer.
- Lucchetti, G., Góes, L. G., Amaral, S. G., Ganadjian, G. T., Andrade, I., de Araújo Almeida, P. O., do Carmo, V. M. et Manso, M. E. G. (2020). Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. *The International journal of social psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0020764020970996>
- Maclure, J. et Taylor, C. (2020). *Laïcité et liberté de conscience*. Boréal.
- Maleki, K. (2009). *Méthodes quantitatives de consultation d'experts: Delphi, Delphi public, Abaque de Régner et impacts croisés*. Editions Publibook.

- Maneesriwongul, W. et Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process: A methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 175-186. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03185.x>
- Mattison, D., Jayaratne, S. et Croxton, T. (2000). Social workers' religiosity and its impact on religious practice behaviors. *Advances in Social Work*, 1(1), 43-59. <https://doi.org/10.18060/102>
- Maugans, T. A. (1996). The spiritual history. *Archives of family medicine*, 5(1), 11-16.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C. et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Gaëtan Morin.
- Mayland, C. R., Harding, A. J. E., Preston, N. et Payne, S. (2020). Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: A Rapid Review of the Impact of Previous Pandemics on Grief and Bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e33-e39. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.012>
- McNeil, S. N., Pavkov, T. W., Hecker, L. L. et Killmer, J. M. (2012). Marriage and family therapy graduate students' satisfaction with training regarding religion and spirituality. *Contemporary Family Therapy*, 34(4), 468-480. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9205-7>
- Moberg, D. O. (2002). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development*, 9(1), 47-60. <https://doi.org/10.1023/A:1013877201375>
- Moreira-Almeida, A. (2009). Differentiating spiritual from psychotic experiences. *The British Journal of Psychiatry*, 195(4), 370-371. <https://doi.org/10.1192/bjp.195.4.370>
- Moss, E. L. et Dobson, K. S. (2006). Psychology, spirituality, and end-of-life care: An ethical integration? *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 47(4), 284. <https://doi.org/10.1037/co2006019>
- Mossière, G. (2020). L'Église, la femme et l'affect: récits sur la désirabilité du modèle laïc au Québec ou comment fabriquer un projet politique en contexte séculier? *Social Compass*, 67(1), 29-44. <https://doi.org/10.1177/0037768619894511>
- Mulder, C. (2015). From the inside out: Social workers' expectations for integrating religion and spirituality in practice. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 34(2), 177-204. <https://doi.org/10.1080/15426432.2014.993106>
- Murdock, V. (2005). Guided by ethics: Religion and spirituality in gerontological social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(1-2), 131-154. https://doi.org/10.1300/J083v45n01_08
- Nascimento, L. C., Santos, T. d. F. M., Oliveira, F. C. S. d., Pan, R., Flória-Santos, M. et Rocha, S. M. M. (2013). Spirituality and religiosity in the perspectives of nurses. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(1), 52-60. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100007>
- Nelson-Becker, H. et Canda, E. R. (2008). Spirituality, religion, and aging research in social work: State of the art and future possibilities. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 20(3), 177-193. <https://doi.org/10.1080/15528030801988849>
- O'brien, M. E. (2021). *Spirituality in nursing: Standing on holy ground*. Jones & Bartlett Publishers.
- O'Grady, K. A., Orton, J. D., White, K. et Snyder, N. (2016). A Way Forward for Spirituality, Resilience, and International Social Science. *Journal of Psychology and Theology*, 44(2), 166-172. <https://doi.org/10.1177/009164711604400207>

- Oakes, K. E. et Raphel, M. M. (2008). Spiritual assessment in counseling: Methods and practice. *Counseling and Values*, 52(3), 240-252. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2008.tb00107.x>
- Office des professions du Québec. (2019). Statistiques. <https://www.opq.gouv.qc.ca/systeme-professionnel/statistiques>
- Oman, D. (2018). *Why religion and spirituality matter for public health: Evidence, implications, and resources*. Springer.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes familiaux et conjugaux du Québec. (2011). *Cadre de référence : L'évaluation du fonctionnement social*. Repéré à <https://www1.otstcfq.org/sites/default/files/cadre-reference-evaluationfonctionnement-social.pdf>
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes familiaux et conjugaux du Québec. (2012). *Référentiel des compétences*. Repéré à https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/06/referentiel_de_competences_des_travailleurs_sociaux.pdf
- Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2021). *Mandat, mission, vision et valeurs*. Repéré à <https://www1.otstcfq.org/l-ordre/qui-sommes-nous/mandat-mission-vision-et-valeurs/>
- Oxhandler, H., Moffatt, K. M. et Giardina, T. D. (2019). Clinical helping professionals' perceived support, barriers, and training to integrate clients' religion/spirituality in practice. *Spirituality in Clinical Practice*, 6(4), 279. <https://doi.org/10.1037/scp0000189>
- Oxhandler, H. et Parrish, D. (2016). The development and validation of the religious/spiritually integrated practice assessment scale. *Research on Social Work Practice*, 26(3), 295-307. <https://doi.org/10.1177/1049731514550207>
- Oxhandler, H., Parrish, D. E., Torres, L. R. et Achenbaum, W. A. (2015). The integration of clients' religion and spirituality in social work practice: A national survey. *Social Work*, 60(3), 228-237. <https://doi.org/10.1093/sw/swv018>
- Oxhandler, H. K. et Ellor, J. W. (2017). Christian social workers' views and integration of clients' religion and spirituality in practice. *Social Work & Christianity*, 44(3), 3-24. <https://doi.org/10.1037/t52273-000>
- Oxhandler, H. K., Ellor, J. W. et Stanford, M. S. (2018). Client attitudes toward integrating religion and spirituality in mental health treatment: Scale development and client responses. *Social Work*, 63(4), 337-346. <https://doi.org/10.1093/sw/swy041>
- Oxhandler, H. K. et Giardina, T. D. (2017). Social workers' perceived barriers to and sources of support for integrating clients' religion and spirituality in practice. *Social Work*, 62(4), 323-332. <https://doi.org/10.1093/sw/swx036>
- Oxhandler, H. K. et Pargament, K. I. (2014). Social work practitioners' Integration of clients' religion and spirituality in practice: A literature review. *Social Work*, 59(3), 271-279. <https://doi.org/10.1093/sw/swu018>
- Oxhandler, H. K. et Parrish, D. E. (2018). Integrating clients' religion/spirituality in clinical practice: A comparison among social workers, psychologists, counselors, marriage and family therapists, and nurses. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 680-694. <https://doi.org/10.1002/jclp.22539>
- Paloutzian, R. F. et Park, C. L. (2014). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. Guilford Publications.

- Pandya, S. P. (2016). Hospital Social Work and Spirituality: Views of Medical Social Workers. *Social work in public health*, 31(7), 700-710. <https://doi.org/10.1080/19371918.2016.1188740>
- Pandya, S. P. (2018). Students' views on expanding contours of social work practice through spirituality. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 37(3), 302-322. <https://doi.org/10.1080/15426432.2018.1485072>
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, Research*. Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2001). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford press.
- Pargament, K. I. (2011). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford Press.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N. et Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study. *Archives of internal Medicine*, 161(15), 1881-1885. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.15.1881>
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. et Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*, 710-724. <https://doi.org/10.2307/1388152>
- Pereira, J. (2007). *Accompagner en fin de vie: intégrer la dimension spirituelle dans le soin* (Vol. 15). Médiaspaul.
- Peres, J. F. P., Moreira-Almeida, A., Nasello, A. G. et Koenig, H. G. (2007). Spirituality and Resilience in Trauma Victims. *Journal of Religion and Health*, 46(3), 343-350. <https://doi.org/10.1007/s10943-006-9103-0>
- Perreault, J.-P. (2011). De la continuité tranquille? Penser la jeunesse, le religieux et le catholicisme au Québec. *Recherches sociographiques*, 52(3), 759-787. <https://doi.org/10.7202/1007657ar>
- Pesut, B., Fowler, M., Taylor, E. J., Reimer - Kirkham, S. et Sawatzky, R. (2008). Conceptualising spirituality and religion for healthcare. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2803-2810. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02344.x>
- Peteet, J. R., Al Zaben, F. et Koenig, H. G. (2019). Integrating spirituality into the care of older adults. *International Psychogeriatrics*, 31(1), 31-38. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000716>
- Pfefferbaum, B. et North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Pickens, J. (2005). Attitudes and perceptions. *Organizational behavior in health care*, 4(7).
- Plaisent, M., Zheng, L. et Khadhraoui, M. (2018). *Concepts et Outils des Sondages Web : Introduction à LimeSurvey et SurveyMonkey*. Presses de l'Université du Québec.
- Proulx, A. G., Ruest-Paquette, A.-S., Simões Forte, L. A., Cotnam-Kappel, M., Fallu, C. et Bartosova, L. (2012). La réflexivité: exercice pédagogique et outil d'accompagnement aux cycles supérieurs. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 28(28 (2)). <https://doi.org/10.4000/ripes.672>

- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H. et Prince-Paul, M. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*, 12(10), 885-904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
- Puchalski, C. et Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of palliative medicine*, 3(1), 129-137. <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>
- Puchalski, C. M. (2008). Spirituality and the care of patients at the end-of-life: An essential component of care. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 56(1), 33-46. <https://doi.org/10.2190/OM.56.1.d>
- Puchalski, C. M. (2010). Formal and informal spiritual assessment. *Asian Pac J Cancer Prev*, 11(Suppl 1), 51-57.
- Pujol, N., Jobin, G. et Beloucif, S. (2014). Quelle place pour la spiritualité dans le soin? *Esprit*(6), 75-89. <https://doi.org/10.3917/espri.1406.0075>
- Reiss, K. (2014). *Translation criticism-potentials and limitations: Categories and criteria for translation quality assessment*. Routledge.
- Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M. et Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116(3), 311-321. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.05.008>
- Robert, M. (1988). *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* (3e éd. ed.). Edisem.
- Rochat, E., Vollenweider, P., Rubli, E. et Odier, C. (2015). Prendre en compte la dimension spirituelle du patient : plus pertinent à plusieurs. *Revue médicale Suisse*, 11.
- Rose, E., Westefeld, J. et Ansley, T. (2008). Spiritual issues in counseling: Clients' beliefs and preferences. *Psychology of Religion and Spirituality*, 48(1), 18-33. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.1.61>
- Rosselet, F. et Neuve, R. (2002). Prise en charge spirituelle des patients: la neutralité n'existe pas! *Revue médicale de la Suisse romande*, 122(4), 175-178.
- Rouillard, J. (1998). La Révolution tranquille: rupture ou tournant? *Journal of Canadian Studies/Revue d'études canadiennes*, 32(4), 23.
- Rubin, A. et Parrish, D. E. (2010). Development and Validation of the Evidence-Based Practice Process Assessment Scale: Preliminary Findings. *Research on Social Work Practice*, 20(6), 629-640. <https://doi.org/10.1177/1049731508329420>
- Rubin, A. et Parrish, D. E. (2011). Validation of the evidence-based practice process assessment scale. *Research on Social Work Practice*, 21(1), 106-118. <https://doi.org/10.1177/1049731509347851>
- Saad, M. et de Medeiros, R. (2021). Spirituality and Healthcare—Common Grounds for the Secular and Religious Worlds and Its Clinical Implications. *Religions*, 12(1), 22. <https://doi.org/10.3390/rel12010022>
- Saad, M., De Medeiros, R. et Mosini, A. C. (2017). Are we ready for a true biopsychosocial–spiritual model? The many meanings of “spiritual”. *Medicines*, 4(4), 79. <https://doi.org/10.3390/medicines4040079>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B. et Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't.

- Saunders, C. (1964). Care of patients suffering from terminal illness at St. Joseph's Hospice, Hackney, London. *Nursing Mirror*, 14(2).
- Scherer, B. (2006). Faith and experience: paradigms of spirituality. Dans *Integrating Spirituality in Health and Social Care: Perspectives and Practical Approaches* Routledge.
- Schumann, C., Stroppa, A. et Moreira-Almeida, A. (2011). The contribution of faith-based health organisations to public health. *International Psychiatry*, 8(3), 62-64. <https://doi.org/10.1192/S1749367600002587>
- Seinfeld, J. (2012). Spirituality in Social Work Practice [Article]. *Clinical Social Work Journal*, 40(2), 240-244. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0386-1>
- Sheridan, M. (2009). Ethical issues in the use of spiritually based interventions in social work practice: what are we doing and why. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 28(1-2), 99-126. <https://doi.org/10.1080/15426430802643687>
- Sheridan, M. J. (2004). Predicting the use of spiritually-derived interventions in social work practice: a survey of practitioners. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 23(4), 5-25.
- Silva, O. et Sousa, Á. (2016). Gestion de la qualité dans la recherche en sciences sociales et humaines: articulation entre les méthodes qualitatives et quantitatives. *Recherches Qualitatives: Hors-série*(18), 171-181.
- Simard, N. (2006). Spiritualité et santé. *Reflets: Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 12(1), 107-126. <https://doi.org/10.7202/013440ar>
- Simpson, D. B., Cloud, D. S., Newman, J. L. et Fuqua, D. R. (2008). Sex and gender differences in religiousness and spirituality. *Journal of Psychology and Theology*, 36(1), 42-52. <https://doi.org/10.1177/009164710803600104>
- Sousa, V. D., Sousa, V. D. et Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of evaluation in clinical practice*, 17(2), 268-274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Sprung, C. L., Maia, P., Bulow, H.-H., Ricou, B., Armaganidis, A., Baras, M., Wennberg, E., Reinhart, K., Cohen, S. L. et Fries, D. R. (2007). The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive care medicine*, 33(10), 1732-1739. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0693-0>
- St Armand, N. (2006). La spiritualité: au coeur ou en marge de l'intervention sociale. *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 12(1), 20-47. <https://doi.org/10.7202/013437ar>
- Stanley, M. A., Bush, A. L., Camp, M. E., Jameson, J. P., Phillips, L. L., Barber, C. R., Zeno, D., Lomax, J. W. et Cully, J. A. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging & mental health*, 15(3), 334-343. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.519326>
- Starnino, V. R., Gomi, S. et Canda, E. R. (2014). Spiritual strengths assessment in mental health practice. *British Journal of Social Work*, 44(4), 849-867. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs179>
- Stewart, C. et Koeske, G. (2006). Social Work Students' Attitudes Concerning the Use of Religious and Spiritual Interventions in Social Work Practice. *Journal of Teaching in Social Work*, 26(1/2), 31-49. https://doi.org/10.1300/J067v26n01_03

- Stewart, C., Koeske, G. F. et Koeske, R. D. (2006). Personal religiosity and spirituality associated with social work practitioners' use of religious based intervention practices. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 25(1), 69-85. https://doi.org/10.1300/J377v25n01_05
- Stewart, C., Lawrence, S. et Burg, M. A. (2019). Exploring the Relationship of personality characteristics and spirituality to empathy: Does spirituality add to our understanding? *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 38(1), 3-20. <https://doi.org/10.1080/15426432.2018.1548953>
- Stirling, B., Furman, L. D., Benson, P. W., Canda, E. R. et Grimwood, C. (2009). A comparative survey of Aotearoa New Zealand and UK social workers on the role of religion and spirituality in practice. *British Journal of Social Work*, 40(2), 602-621. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp008>
- Stulberg, D. B., Dude, A. M., Dahlquist, I. et Curlin, F. A. (2011). Abortion provision among practicing obstetrician–gynecologists. *Obstetrics and gynecology*, 118(3), 609. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31822ad973>
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42 spec no 3, 24-33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24
- Swart, M. (2017). Spirituality and healthcare. *Lategan, LOK & Van Zyl, GJ (Eds.)*, 113-128. <https://doi.org/10.18820/9781920382995>
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273-1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Tan, L. P., Pham, L. X. et Bui, T. T. (2020). Personality Traits and Social Entrepreneurial Intention: The Mediating Effect of Perceived Desirability and Perceived Feasibility. *The Journal of Entrepreneurship*, 0971355720974811. <https://doi.org/10.1177/0971355720974811>
- Tapia-V, A. et Tinoco-Amador, J. (2012). Religiosité, spiritualité, bien-être et contextes: étude corrélationnelle dans deux villes mexicaines. *Bulletin de psychologie*(1), 65-75. <https://doi.org/10.3917/bupsy.517.0065>
- Tavakol, M. et Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Taylor, R. (1990). Interpretation of the correlation coefficient: a basic review. *Journal of diagnostic medical sonography*, 6(1), 35-39.
- Timmins, F. et Caldeira, S. (2019). *Spirituality in healthcare: perspectives for innovative practice*. Springer.
- Tovar-Murray, D. (2011). The Multiple Determinants of Religious Behaviors and Spiritual Beliefs on Well-Being. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 13(3), 182-192. <https://doi.org/10.1080/19349637.2011.593405>
- Trzebiatowska, M. et Bruce, S. (2012). *Why are women more religious than men?* Oxford University Press.
- Turner, F. J. (2006). *Encyclopedia of Canadian social work*. Wilfrid Laurier University Press.
- Turner, H. et Cook, C. C. (2016). Perceptions of physiotherapists in relation to spiritual care. *Journal for the Study of Spirituality*, 6(1), 58-77. <https://doi.org/10.1080/20440243.2016.1158456>

- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662.
- Van der Veer, P. (2009). Spirituality in modern society. *Social Research: An International Quarterly*, 76(4), 1097-1120.
- van Steenberghe, É. et St-Amand, D. (2006). La charte de Bangkok: ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé.
- Ver Beek, K. A. (2000). Spirituality: A development taboo. *Development in practice*, 10(1), 31-43. <https://doi.org/10.1080/09614520052484>
- Verba, D. et Guélamine, F. (2014). *Interventions sociales et faits religieux*. Presses de l'EHESP.
- Vetvik, E., Danbolt, T., Dyrud-Furman, L., Benson, P. et Canda, E. (2018). A comparative analysis of Norwegian and American social workers' views about inclusion of religion and spirituality in social work. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 37(2), 105-127. <https://doi.org/10.1080/15426432.2017.1422415>
- Vick-Johnson, L. (2010). Transforming Inspiration into Practice: How an Advanced Certificate Program in Spirituality Changed the Clinical Practices of Its Participants. *Smith College Studies in Social Work*, 80(2/3), 184-197. <https://doi.org/10.1080/00377311003784127>
- Wachholtz, A. B., Pearce, M. J. et Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of behavioral medicine*, 30(4), 311-318. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9114-7>
- Walach, H. et Reich, K. H. (2005). Reconnecting science and spirituality: Toward overcoming a taboo. *Zygon®*, 40(2), 423-442. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9744.2005.00673.x>
- Walker, D. F., Gorsuch, R. L. et Tan, S. Y. (2004). Therapists' integration of religion and spirituality in counseling: A meta - analysis. *Counseling and Values*, 49(1), 69-80. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2004.tb00254.x>
- Walsh, J. (1995). The impact of schizophrenia on clients' religious beliefs: Implications for families. *Families in Society*, 76(9), 551-558.
- Weil, M. O. et Gamble, D. N. (1995). Community practice models. *Encyclopedia of social work*, 1, 483-494.
- Weld, C. et Eriksen, K. (2007). Christian clients' preferences regarding prayer as a counseling intervention. *Journal of Psychology and Theology*, 35(4), 328-341. <https://doi.org/10.1177/009164710703500405>
- Werner, O. et Campbell, D. T. (1970). Translating, working through interpreters, and the problem of decentering. *A handbook of method in cultural anthropology*, 398, 420.
- Whelan, J. (2019). Teaching and Learning about Spirituality in Healthcare Practice Settings. Dans *Spirituality in Healthcare: Perspectives for Innovative Practice* (pp. 165-192). Springer.
- Wixwat, M. et Saucier, G. (2020). Being spiritual but not religious. *Current Opinion in Psychology*. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.09.003>
- Wong, Y.-L. R. et Vinsky, J. (2009). Speaking from the margins: A critical reflection on the 'spiritual-but-not-religious' discourse in social work. *British Journal of Social Work*, 39(7), 1343-1359. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcn032>

- Wuthnow, R. (1998). *After heaven: Spirituality in America since the 1950s*. University of California Press.
- Young, C. et Koopsen, C. (2010). *Spirituality, health, and healing: An integrative approach*. Jones & Bartlett Publishers.

ANNEXE 1

Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale

Purpose. The purpose of this scale is to assess your familiarity with and views about integrating clients' religion and spirituality into clinical practice, which is also called religious/spiritually integrated practice.

Definitions to guide interpretation of scale items (please read):

Religion is “a system of beliefs and practices observed by a community, supported by rituals that acknowledge, worship, communicate with, or approach the Sacred, the Divine, God (in Western cultures), or Ultimate Truth, Reality, or nirvana (in Eastern cultures),” relies on scriptures, teachings, and offers a moral code of conduct (Koenig, 2008, p. 11).

Spirituality is “the personal quest for understanding answers to ultimate questions about life, about meaning, and about relationship to the sacred or transcendent, which may (or may not) lead to or arise from the development of religious rituals and formation of community” (Koenig, et al., 2001, p. 18).

In addition, while religion and spirituality have two distinct definitions (as shown above), the two terms share many common elements and are often used interchangeably to describe an important area in many people's lives. For the purpose of this scale, please consider the terms religion and spirituality as interchangeable as you respond to the items.

The scale contains four sections. Please follow the instructions under each section.

Religious/Spiritually integrated practice has not been widely disseminated in many clinical training programs. Therefore, like many other practitioners, you may know little about this concept.

Nevertheless, please answer all items to the best of your ability, even if you are unsure of your answer, have no opinion, or have had little to no experience with this in practice.

All responses are anonymous; please answer each item according to how you really view religious/spiritually integrated practice.

Thank-you for your time and willingness to share your thoughts and opinions on this area in practice! We are truly grateful and hope you enjoy the survey!

Section I. Self-Efficacy With Religious/Spiritually Integrated Practice

Please indicate the response to the right that best fits how much you agree or disagree with the statements regarding religious/spiritually integrated practice.

Statement	Level of Agreement				
	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1. I know how to skillfully gather a history from my clients about their religious/spiritual beliefs and practices	SD	D	N	A	SA
2. I am able to recognize when my clients are experiencing religious/spiritual struggles (e.g. tension or conflict with his/her higher power, religious/spiritual community, spiritual beliefs, etc.)	SD	D	N	A	SA
3. I know what to do if my client brings up thoughts of being possessed by Satan or the Devil	SD	D	N	A	SA
4. I consider the unique needs of diverse clients with different religious/spiritual backgrounds in my practice	SD	D	N	A	SA
5. I am able to recognize when my clients utilize positive religious/spiritual coping strategies (e.g. trying to find a spiritual lesson in the presenting issue, etc.)	SD	D	N	A	SA
6. I am able to ensure my clients have access to religious/spiritual resources if they see this as an important aspect to their healing process (e.g. religious/spiritual reading materials, pastoral counseling, contact information to local clergy, or a prayer room/place of worship)	SD	D	N	A	SA
7. I feel as though I have the skills to discuss my clients' religious/spiritual strengths	SD	D	N	A	SA
8. I feel confident in my ability to integrate my clients' religious/spiritual beliefs into their treatment	SD	D	N	A	SA
9. I know when it is beneficial to refer my client to pastoral or religious counseling	SD	D	N	A	SA
10. I feel as though I have the skills to discuss my clients' religious/spiritual struggles	SD	D	N	A	SA
11. I am able to recognize when my clients utilize negative religious/spiritual coping strategies (e.g. viewing the presenting issue as punishment from his/her higher power, etc.)	SD	D	N	A	SA
12. I know what to do when my client has religious/spiritual beliefs that I am unfamiliar with	SD	D	N	A	SA
13. I am comfortable discussing my clients' religious/spiritual struggles in therapy	SD	D	N	A	SA

Section II. Attitudes About Religious/Spiritually Integrated Practice

Please indicate the response to the right that best fits how much you agree or disagree with the statements regarding religious/spiritually integrated practice.

Statement	Level of Agreement				
	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1. It is essential to assess clients' religious/spiritual beliefs in practice	SD	D	N	A	SA
2. Integrating clients' religious/spiritual needs during treatment helps improve client outcomes	SD	D	N	A	SA
3. Practitioners who take time to understand their clients' religious/spiritual beliefs show greater concern for client well-being than practitioners who do not take time to understand their clients' religious/spiritual beliefs	SD	D	N	A	SA
4. Integrating clients' religious/spiritual beliefs in treatment helps clients meet their goals	SD	D	N	A	SA
5. I am open to learning about my clients' religious/spiritual beliefs that may differ from mine	SD	D	N	A	SA

(continued)

Appendix. (continued)

Section II. Attitudes About Religious/Spiritually Integrated Practice

Please indicate the response to the right that best fits how much you agree or disagree with the statements regarding religious/spiritually integrated practice.

Statement	Level of Agreement				
	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
6. Attending to clients' religious/spiritual needs is consistent with the principles of meeting the client where he/she is at	SD	D	N	A	SA
7. Sensitivity to clients' religious/spiritual beliefs will improve one's practice	SD	D	N	A	SA
8. I am open to referring my clients to religious or pastoral counseling	SD	D	N	A	SA
9. Attending to clients' religious/spiritual beliefs is consistent with my profession's code of ethics	SD	D	N	A	SA
10. Empirically supported religious/spiritually integrated therapies are relevant to my practice	SD	D	N	A	SA
11. There is a religious/spiritual dimension to the work I do	SD	D	N	A	SA
12. I refuse to work within my clients' religious/spiritual belief system if it differs from my own	SD	D	N	A	SA

Section III. Feasibility for You to Engage in Religious/Spiritually Integrated Practice

Please indicate the response to the right that best fits how much you agree or disagree with the statements regarding religious/spiritually integrated practice.

Statement	Level of Agreement				
	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1. I have enough time to assess my clients' religious/spiritual background	SD	D	N	A	SA
2. I have enough time to identify potential strengths or struggles related to my clients' religion/spirituality	SD	D	N	A	SA
3. My primary practice setting does not support the integration of religion/spirituality into practice	SD	D	N	A	SA
4. I don't have enough time to think about incorporating a religious/spiritually integrated approach to practice	SD	D	N	A	SA
5. Given the many issues that must be addressed in treatment, I still find time to integrate my clients' religion/spirituality if they communicate a preference for this	SD	D	N	A	SA
6. I have been adequately trained to integrate my clients' religion/spirituality into therapy	SD	D	N	A	SA

Section IV. How Often Do You Currently Engage in Religious/Spiritually Integrated Practice?

For this section, please indicate the response that best fits the frequency with which you currently engage in religious/spiritually integrated practice.

Statement	Frequency				
	Never	Rarely	Some of the Time	Often	Very Often
1. I seek out consultation on how to address clients' religious/spiritual issues in treatment	1	2	3	4	5
2. I read about ways to integrate clients' religion/spirituality to guide my practice decisions	1	2	3	4	5
3. I read about research evidence on religion/spirituality and its relationship to health to guide my practice decisions	1	2	3	4	5
4. I involve clients in deciding whether their religious/spiritual beliefs should be integrated into our work together	1	2	3	4	5
5. I use empirically supported interventions that specifically outline how to integrate my clients' religion/spirituality into treatment	1	2	3	4	5
6. I conduct a full biopsychosocial <i>spiritual</i> assessment with each of my clients	1	2	3	4	5
7. I link clients with religious/spiritual resources when it may potentially help them (e.g. religious/spiritual reading materials, contact information to local clergy, or a prayer room/place of worship)	1	2	3	4	5
8. I help clients consider ways their religious/spiritual support systems may be helpful	1	2	3	4	5
9. I help clients consider the religious/spiritual meaning and purpose of their current life situations	1	2	3	4	5

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE EN LIGNE

La prise en compte de la dimension spirituelle en travail social

[Formulaire d'information et de consentement électronique concernant la participation]

Section I. Fiche sociodémographique

Pour commencer, il serait apprécié que vous répondiez à quelques questions concernant votre situation. Vous avez le choix de répondre, ou non, aux questions qui suivent.

1. Vous identifiez-vous comme :

- ☐ Une femme
- ☐ Un homme
- ☐ Non binaire
- ☐ Je préfère ne pas répondre

2. Quel âge avez-vous ? _____ ans

3. Considérez-vous que vous êtes une personne autochtone (c.-à-d., une personne s'identifiant comme membre des Premières-Nations, inuit[es] ou métis[ses]) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

4. Considérez-vous que vous êtes une personne racisée, ethnicisée ou membre d'une minorité visible (c.-à-d., une personne autre qu'autochtone et qui n'est pas de race blanche ou qui n'a pas la peau blanche) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

5. À quelle catégorie de « minorité visible » appartenez-vous ?

- ☐ Arabe
- ☐ Asiatique occidental
- ☐ Asiatique du Sud-Est
- ☐ Chinois
- ☐ Coréens
- ☐ Japonais
- ☐ Latino-américain
- ☐ Noir
- ☐ Philippin
- ☐ Minorité visible non incluse ailleurs, précisez _____

6. Quelle est votre religion ?

- ☐ Aucune religion (ex. : Athée, Agnostique, Humaniste)
- ☐ Bouddhiste
- ☐ Chrétienne
- ☐ Hindoue
- ☐ Juive
- ☐ Musulmane
- ☐ Sikhe
- ☐ Spiritualité autochtone traditionnelle
- ☐ Autre religion, précisez _____

7. Quelle est votre plus haut niveau d'étude en travail social ?

- ☐ Techniques de travail social
- ☐ Baccalauréat en travail social
- ☐ Maîtrise en travail social
- ☐ Doctorat en travail social

8. Depuis combien d'années pratiquez-vous le travail social ? _____ an(s)

9. Êtes-vous membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

10. Avez-vous déjà reçu de la formation sur la prise en compte de la dimension spirituelle en travail social ou dans les soins de santé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11. Quel type de formation avez-vous reçu ? _____

12. Quel est votre milieu de pratique principal ?

- ☐ Centre de santé et de services sociaux (CISSS, CIUSSS)
- ☐ Organisme communautaire
- ☐ Milieu scolaire
- ☐ Pratique privée
- ☐ Autre, veuillez préciser : _____

13. Après de quelle population intervenez-vous principalement ?

- ☐ Enfants/Adolescents
- ☐ Adultes
- ☐ Personnes âgées
- ☐ Autre, veuillez préciser : _____

14. Dans quel(s) contexte(s) intervenez-vous principalement ? Indiquez votre réponse dans l'espace ci-dessous : _____

Section II. Questions sur la spiritualité et la religiosité

Les trois prochaines questions abordent l'importance de la religion/spiritualité dans votre vie et vos perceptions par rapport à votre religion/spiritualité, le cas échéant. Vous avez le choix de répondre, ou non, aux questions qui suivent.

- Sur une échelle de **0 à 10**, 0 représentant une absence totale d'intérêt et 10 représentant la chose la plus importante dans votre vie :

1) Dans quelle mesure la spiritualité est-elle importante pour vous ?

- Sur une échelle de **0 à 100**, 0 étant l'indicateur le plus faible et 100 le plus élevé :

2) Dans quelle mesure vous considérez-vous comme **spirituel** ?

3) Dans quelle mesure vous considérez-vous comme **religieux** ?

Section III. Échelle d'évaluation de l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique

But. Le but de cette échelle est d'évaluer votre degré de familiarité et votre point de vue quant à l'intégration de la religion et de la spiritualité du client dans la pratique clinique.

Définitions pour guider l'interprétation des énoncés de l'échelle (veuillez lire) :

1. La **religion** est « un système de croyances et de pratiques adoptées par une communauté, soutenu par des rituels qui rendent compte, adorent, communiquent ou abordent le Sacré, le Divin, Dieu

(dans les sociétés occidentales), la Vérité ultime, la Réalité ou le Nirvana (dans les sociétés orientales) » qui s'appuie sur des écritures, des enseignements et qui offre un code de conduite moral (Kœnig, 2008, p.11).

2. La **spiritualité** est « la quête personnelle pour comprendre les réponses aux questions ultimes de la vie, à propos du sens et à propos de la relation au sacré ou au transcendant, ce qui peut (ou peut ne pas) conduire ou survenir à partir du développement des rituels religieux et à la formation d'une communauté » (Kœnig, et al., p.18).

De plus, malgré le fait que la spiritualité et la religion possèdent deux définitions distinctes (tel qu'illustré ci-haut), les deux termes partagent plusieurs éléments communs et sont souvent utilisés de façon interchangeable pour décrire cette échelle. Veuillez considérer les termes religion et spiritualité comme interchangeables lorsque vous répondez aux énoncés. L'échelle comprend quatre sections. Veuillez suivre les instructions sous chaque section. La pratique qui intègre la religion et la spiritualité n'a pas été largement diffusée dans plusieurs programmes de formation clinique. Par conséquent, comme plusieurs autres intervenants, il se peut que vous n'en sachiez que très peu sur ce concept. Néanmoins, veuillez répondre à tous les items au meilleur de vos connaissances, même si vous êtes incertain de votre réponse, n'avez aucune opinion, ou avez peu ou pas d'expérience avec ceci dans la pratique.

Section I. Le sentiment d'efficacité personnelle quant à l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique

Veillez indiquer la réponse qui correspond le mieux à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés concernant l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique.

Énoncé	Degré d'accord ⁶				
	FD	D	N	A	FA
1. Je sais comment rassembler de façon habile un historique des croyances et des pratiques religieuses/spirituelles des clients	FD	D	N	A	FA
2. Je suis en mesure d'identifier les difficultés religieuses/spirituelles des clients (ex. tension ou conflit avec une réalité ultime, communauté religieuse/spirituelle, croyances spirituelles, etc.)	FD	D	N	A	FA
3. Je sais comment agir si le client rapporte être sous l'emprise de pensées divines ou démoniaques	FD	D	N	A	FA
4. Je considère l'unicité des besoins des clients ayant des parcours religieux/spirituels diversifiés	FD	D	N	A	FA
5. Je suis en mesure de repérer les stratégies d'adaptation religieuses/spirituelles positives des clients (ex. essayer de trouver une leçon spirituelle dans la difficulté présente)	FD	D	N	A	FA
6. Je suis en mesure de m'assurer que les clients ont accès à des ressources religieuses/spirituelles lorsqu'ils considèrent cela important dans leur processus de guérison (ex. lectures religieuses/spirituelles, intervention spirituelle, informations pour contacter le clergé local ou une salle de prière/place pour se recueillir)	FD	D	N	A	FA
7. Je sens que j'ai les compétences pour aborder les forces religieuses/spirituelles des clients	FD	D	N	A	FA
8. J'ai confiance en ma capacité à intégrer les croyances religieuses/spirituelles des clients en intervention	FD	D	N	A	FA
9. Lorsque cela peut être bénéfique, je réfère les clients vers une consultation spirituelle	FD	D	N	A	FA
10. Je sens que j'ai les compétences pour aborder les difficultés religieuses/spirituelles des clients	FD	D	N	A	FA
11. Je suis en mesure d'identifier les stratégies d'adaptation religieuses/spirituelles négatives utilisées par les clients (ex. voir la difficulté présente comme un châtement)	FD	D	N	A	FA
12. Je sais comment agir lorsque le client a des croyances religieuses/spirituelles qui me sont moins familières	FD	D	N	A	FA
13. Je me sens à l'aise d'échanger sur les difficultés religieuses/spirituelles des clients	FD	D	N	A	FA

Section II. Les attitudes concernant l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique

Veillez indiquer la réponse qui correspond le mieux à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés concernant l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique.

Degré d'accord

⁶ Fortement en désaccord = FD, En désaccord = D, Ni en accord ni en désaccord = N, En accord = A, Fortement en accord = FA

Énoncé					
1. Il est essentiel d'évaluer les croyances religieuses/spirituelles des clients dans la pratique	FD	D	N	A	FA
2. Intégrer les besoins spirituels/religieux des clients aide à améliorer le résultat de l'intervention	FD	D	N	A	FA
3. Les professionnels qui prennent le temps de comprendre les croyances spirituelles/religieuses de leurs clients démontrent une préoccupation plus grande pour le bien-être des clients que les professionnels qui ne prennent pas le temps	FD	D	N	A	FA
4. Intégrer les croyances religieuses/spirituelle des clients dans le traitement les aide à atteindre leurs buts	FD	D	N	A	FA
5. Je suis ouvert à en apprendre au sujet des croyances religieuses/spirituelles des clients qui peuvent différer des miennes	FD	D	N	A	FA
6. Prendre en compte les besoins religieux/spirituels des clients est cohérent avec les principes de rencontrer le client là où il est rendu	FD	D	N	A	FA
7. La sensibilité aux croyances religieuses/spirituelles des clients améliore la pratique	FD	D	N	A	FA
8. Je suis ouvert à référer les clients à des consultations spirituelles	FD	D	N	A	FA
9. Prendre en compte les croyances religieuses/spirituelles des clients est cohérent avec mon code déontologique professionnel	FD	D	N	A	FA
10. Les interventions soutenues par des données probantes qui intègrent la religion/spiritualité sont pertinentes à ma pratique	FD	D	N	A	FA
11. Il y a une dimension religieuse/spirituelle au travail que je fais	FD	D	N	A	FA
12. Je refuse de travailler avec le système de croyances religieuses/spirituelles du client s'il diffère du mien	FD	D	N	A	FA

Section III. La faisabilité d'intégrer la religion et la spiritualité dans votre pratique

Veuillez indiquer la réponse qui correspond le mieux à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés concernant l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique.

Énoncé	Degré d'accord				
	FD	D	N	A	FA
1. J'ai suffisamment de temps pour évaluer les antécédents religieux/spirituel des clients	FD	D	N	A	FA
2. J'ai assez de temps pour identifier les forces ou les difficultés potentielles liées à la religion/spiritualité des clients	FD	D	N	A	FA
3. Mon principal lieu d'exercice ne soutient pas l'intégration de la religion/spiritualité dans la pratique	FD	D	N	A	FA
4. Je ne dispose pas d'assez de temps pour penser à incorporer dans la pratique une approche qui intègre la religion/spiritualité	FD	D	N	A	FA
5. Malgré les différents paramètres qui doivent être considérés en intervention, je trouve du temps pour intégrer la religion/spiritualité des clients s'ils manifestent leur intérêt	FD	D	N	A	FA
6. J'ai été formé adéquatement pour intégrer la religion/spiritualité de mes clients en intervention	FD	D	N	A	FA

Section IV. À quelle fréquence intégrez-vous actuellement la religion et la spiritualité dans la pratique

Pour cette section, veuillez indiquer la réponse qui correspond le mieux à la fréquence à laquelle vous vous engagez dans l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique.

Énoncé	Fréquence ⁷				
	J	R	PT	S	TS
1. Je fais appel à de la supervision professionnelle concernant la façon d'aborder les problématiques religieuses/spirituelles des clients en intervention	1	2	3	4	5
2. Je lis sur des façons d'intégrer la religion/spiritualité des clients pour guider les décisions de ma pratique	1	2	3	4	5
3. Je lis sur les résultats de recherche concernant la religion/spiritualité et leur relation avec la santé pour guider les décisions de ma pratique	1	2	3	4	5
4. J'implique les clients dans la prise de décisions à savoir si leurs croyances religieuses/spirituelles devraient être intégrées dans notre travail ensemble	1	2	3	4	5
5. J'utilise des interventions soutenues empiriquement qui décrivent spécifiquement comment intégrer la religion/spiritualité du client en intervention	1	2	3	4	5
6. J'effectue une évaluation biopsychosociale spirituelle complète avec chacun des clients	1	2	3	4	5
7. Je mets les clients en contact avec des ressources religieuses/spirituelles lorsque cela peut potentiellement les aider (ex. : matériel de lecture religieux/spirituels, consultation spirituelle, coordonnées du clergé local ou une place de prière ou lieu de culte)	1	2	3	4	5
8. J'aide les clients à considérer de quelles façons leur système de soutien spirituel/religieux peut les aider	1	2	3	4	5
9. J'aide les clients à réfléchir sur la signification et le but religieux/spirituel de leur situation de vie actuelle	1	2	3	4	5

10. En terminant, auriez-vous des commentaires à ajouter ? Si tel est le cas, nous vous invitons à les inscrire dans l'espace ci-dessous.

⁷ 1 = Jamais, 2 = Rarement, 3 = Une partie du temps, 4 = Souvent, 5 = Très souvent

ANNEXE 3

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de la politique de l'UQAC en cette matière. De plus, à la lumière de l'évaluation faite, le projet rencontre les critères d'une recherche à risque minimal.

Projet # : 2021-572

Titre du projet de recherche : La prise en compte de la dimension spirituelle en travail social

Chercheur principal à l'UQAC

Genevieve Gauthier, étudiante

département des sciences humaines et sociales, UQAC

Direction / Codirection de recherche

En provenance de l'UQAC: Eric Pilote; Christiane Bergeron-Leclerc

Financement : MITACS

Date d'approbation du projet : 17 novembre 2020

Date d'entrée en vigueur du certificat : 17 novembre 2020

Date d'échéance du certificat : 17 novembre 2021

N.B. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat afin de remplir le formulaire F7 - Renouvellement annuel.

-
- Si votre projet se termine avant la date du prochain renouvellement, veuillez remplir le formulaire **F9 - Fin de projet**.
 - Si des modifications sont apportées à votre projet avant l'échéance du certificat, veuillez remplir le formulaire **F8 - Modification de projet**.
 - Tout nouveau membre de votre équipe de recherche devra être déclaré au CER-UQAC lors de votre prochaine demande de renouvellement ou lors de la fin de votre projet si le renouvellement n'est pas requis. ATTENTION: Vous devez faire signer une déclaration d'honneur aux personnes ayant accès aux participants (ou à des données nominatives sur les participants) et la conserver dans vos dossiers de recherche.
-



Stéphane Allaire

UQAC

Université du Québec
à Chicoutimi

ANNEXE 4



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ELECTRONIQUE CONCERNANT LA PARTICIPATION

Ce formulaire d'information et de consentement a été approuvé le 17 novembre 2020 par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (CER-UQAC). No de référence : 2021-572.

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche intitulé : La prise en compte de la dimension spirituelle en travail social.

Cependant, avant de donner votre consentement pour participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. De plus, nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres affectés à ce projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

1. Présentation des chercheurs

Ce projet de recherche est sous la responsabilité de Geneviève Gauthier, étudiante à la maîtrise en travail social, sous la supervision de Christiane Bergeron-Leclerc, co-directrice et professeure à l'Unité d'enseignement en travail social et Éric Pilote, co-directeur et professeur à l'Unité d'enseignement en travail social.

2. Financement

Ce projet de recherche a reçu le soutien financier de MITACS dans le cadre de la Bourse de formation à la recherche MITACS.

3. Description du projet et objectif

Au cours des deux dernières décennies, la spiritualité a pris de l'importance dans le discours international des travailleurs sociaux et est de plus en plus reconnue comme pouvant jouer un rôle important dans la vie et le processus de rétablissement de plusieurs personnes. En considérant que les questions de nature spirituelle peuvent devenir plus saillantes dans des situations difficiles et que les travailleurs sociaux sont appelés à travailler auprès de personnes vivant diverses situations de vie difficiles, il appert important de documenter les différents aspects reliés à son intégration. De plus, comme la prise en compte de la spiritualité varie d'une société à l'autre et qu'il y a peu d'études concernant l'intégration de cette dimension chez les travailleurs sociaux au Québec, nous désirons connaître les éléments propres à la situation dans un contexte ciblé : le Saguenay-Lac-Saint-Jean. L'objectif de cette étude est le suivant :

- Documenter les indicateurs et les facteurs qui sont associés à la prise en compte de la dimension spirituelle chez les travailleurs sociaux au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

4. Déroulement

Pour participer à l'étude, vous devez répondre à un questionnaire en ligne qui comporte 58 questions. Cela prendra approximativement 15 minutes. Le questionnaire est composé de trois sections : la fiche sociodémographique, les questions sur la spiritualité et la religiosité et une version traduite en français de la Religious/Spiritually Integrated Practice Assessment Scale (RSIPAS) : *l'Échelle d'évaluation de l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique*. Les thèmes abordés dans cette dernière ciblent différentes dimensions à l'égard de l'intégration de la spiritualité dans la pratique, soit le sentiment d'efficacité personnel, les attitudes, la faisabilité perçue et la fréquence d'intégration.

5. Risques et bénéfices

Le projet de recherche peut entraîner des risques psychologiques pour le participant au niveau de la remise en question professionnelle associée au fait de ne pas intégrer la dimension spirituelle dans la pratique. Si une telle situation survient, nous vous suggérons d'en discuter avec un conseiller clinique qui pourra vous accompagner dans vos questionnements à l'égard de votre pratique. Vous avez également la possibilité de prendre une pause ou de passer à une autre question. Ceci dit, il est important de noter que l'intégration de la religion et de la spiritualité n'a pas été largement diffusée dans plusieurs programmes de formation clinique. Par conséquent, comme plusieurs autres intervenants, il se peut que vous n'en sachiez que très peu sur ce concept. Il se peut que vous retiriez un bénéfice professionnel ou personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine.

6. Confidentialité, diffusion et conservation

Le questionnaire ne demande aucun renseignement personnel, ce qui rend l'accès à l'identité des participants impossible pour qui que ce soit, incluant les chercheurs. Ce questionnaire vous est soumis par l'intermédiaire de l'outil de sondage en ligne LimeSurvey, hébergé à l'UQAC. Ce faisant l'accès aux données est assujéti à la loi canadienne sur l'accès à l'information. Toutes les réponses au questionnaire seront conservées de façon confidentielle sur le serveur. Toutes les données recueillies seront déposées sur une base de données sécurisée approuvée par le CER et disponibles pour 10 ans. Les données seront protégées par un mot de passe et seront conservées pour une période de 10 ans. Elles pourront, à l'intérieur de cette période, être utilisées ultérieurement par nous ou par d'autres chercheurs. Une fois le délai passé, les données seront détruites à l'aide d'un logiciel de destruction de fichiers. Les résultats de cette recherche seront diffusés dans un mémoire accessible par l'entremise du dépôt institutionnel numérique de l'UQAC et feront l'objet de publications scientifiques dans différentes revues dans le domaine de la santé et du travail social.

7. Compensation

Aucune rémunération ou compensation n'est offerte.

8. Participation volontaire et droit de retrait de l'étude

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer en ne répondant pas au questionnaire envoyé ou en ne le soumettant pas. Vous pouvez refuser de répondre à une question en passant à une autre question sans y répondre. Puisque votre participation est anonyme et qu'en conséquence nous ne pouvons vous identifier, une fois le questionnaire soumis, il n'y a plus de possibilité de se retirer de l'étude. En aucun cas le consentement de participer à la recherche implique que le participant renonce à ses droits légaux ni ne décharge les

chercheurs, les promoteurs ou les institutions impliquées de leurs responsabilités légales et professionnelles.

9. Engagement du chercheur responsable et personnes ressources

L'étudiante-chercheuse responsable de ce projet de recherche s'engage, avec ses directeurs, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement. De plus, si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez lié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la responsable du projet de recherche, Geneviève Gauthier, par courriel : genevieve.gauthier3@uqac.ca. De plus, vous pouvez contacter l'un ou l'autre de ses directeurs de recherche : a) Christiane Bergeron-Leclerc (cblecler@uqac.ca) ou b) Éric Pilote (eric_pilote@uqac.ca).

Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes : 418 545-5011 poste 4704 (ligne sans frais : 1-800-463-9880 poste 4704) ou cer@uqac.ca.

10. Consentement du participant

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus et j'en comprends le contenu. De ce fait, ma participation est volontaire et je consens à ce que mes réponses soient utilisées pour les fins de ce projet de recherche et pour les fins de projets de recherche ultérieurs, à l'intérieur de la période déterminée de 10 ans.

J'accepte de participer :

- ☐ Oui. (1) (donne accès au questionnaire)
- ☐ Non. (2) (une fenêtre apparaît pour remercier de l'attention portée à cette étude.

ANNEXE 5

Énoncé (n=40)	Fortement en désaccord/ En désaccord n (%)	Ni en accord ni en désaccord n (%)	En accord/ Fortement en accord n (%)
Le sentiment d'efficacité personnelle quant à l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique			
1. Je sais comment rassembler de façon habile un historique des croyances et des pratiques religieuses/spirituelles des clients	15 (37,50)	8 (20,00)	17 (42,50)
2. Je suis en mesure d'identifier les difficultés religieuses/spirituelles des clients (ex. tension ou conflit avec une réalité ultime, communauté religieuse/spirituelle, croyances spirituelles, etc.)	13 (32,50)	9 (22,5)	18 (45,00)
3. Je sais comment agir si le client rapporte être sous l'emprise de pensées divines ou démoniaques	14 (35,00)	7 (17,50)	19 (47,50)
4. Je considère l'unicité des besoins des clients ayant des parcours religieux/spirituels diversifiés	2 (5,00)	6 (15,00)	32 (80,00)
5. Je suis en mesure de repérer les stratégies d'adaptation religieuses/spirituelles positives des clients (ex. essayer de trouver une leçon spirituelle dans la difficulté présente)	8 (20,00)	5 (12,50)	27 (67,50)
6. Je suis en mesure de m'assurer que les clients ont accès à des ressources religieuses/spirituelles lorsqu'ils considèrent cela important dans leur processus de guérison (ex. lectures religieuses/spirituelles, intervention spirituelle, informations pour contacter le clergé local ou une salle de prière/place pour se recueillir)	4 (10,00)	7 (17,50)	29 (72,50)
7. Je sens que j'ai les compétences pour aborder les forces religieuses/spirituelles des clients	13 (32,50)	8 (20,00)	19 (47,50)
8. J'ai confiance en ma capacité à intégrer les croyances religieuses/spirituelles des clients en intervention	6 (15,00)	9 (22,50)	25 (62,50)
9. Lorsque cela peut être bénéfique, je réfère les clients vers une consultation spirituelle ¹	7 (18,42)	14 (36,84)	17 (44,74)
10. Je sens que j'ai les compétences pour aborder les difficultés religieuses/spirituelles des clients	15 (37,50)	11 (27,50)	14 (35,00)
11. Je suis en mesure d'identifier les stratégies d'adaptation religieuses/spirituelles négatives utilisées par les clients (ex. voir la difficulté présente comme un châtement) ²	12 (30,77)	8 (20,51)	19 (48,72)
12. Je sais comment agir lorsque le client a des croyances religieuses/spirituelles qui me sont moins familières	8 (20,00)	10 (25,00)	22 (55,00)
13. Je me sens à l'aise d'échanger sur les difficultés religieuses/spirituelles des clients	5 (12,5)	8 (20,00)	27 (67,50)
Les attitudes concernant l'intégration de la religion et de la spiritualité dans la pratique			
1. Il est essentiel d'évaluer les croyances religieuses/spirituelles des clients dans la pratique	4 (10,00)	11 (27,50)	25 (62,50)
2. Intégrer les besoins spirituels/religieux des clients aide à améliorer le résultat de l'intervention	2 (5,00)	6 (15,00)	32 (80,00)
3. Les professionnels qui prennent le temps de comprendre les croyances spirituelles/religieuses de leurs clients démontrent une préoccupation plus grande pour le bien-être des clients que les professionnels qui ne prennent pas le temps	11 (27,50)	6 (15,00)	23 (57,50)
4. Intégrer les croyances religieuses/spirituelle des clients dans le traitement les aide à atteindre leurs buts	1 (2,50)	8 (20,00)	31 (77,50)
5. Je suis ouvert à en apprendre au sujet des croyances religieuses/spirituelles des clients qui peuvent différer des miennes	2 (5,00)	1 (2,50)	37 (92,50)
6. Prendre en compte les besoins religieux/spirituels des clients est cohérent avec les principes de rencontrer le client là où il est rendu	2 (5,00)	5 (12,50)	33 (82,50)

7. La sensibilité aux croyances religieuses/spirituelles des clients améliore la pratique ²	2 (5,13)	12 (30,77)	25 (64,10)
8. Je suis ouvert à référer les clients à des consultations spirituelles	3 (7,50)	10 (25,00)	27 (67,50)
9. Prendre en compte les croyances religieuses/spirituelles des clients est cohérent avec mon code déontologique professionnel ¹	2 (5,26)	6 (15,79)	30 (78,95)
10. Les interventions soutenues par des données probantes qui intègrent la religion/spiritualité sont pertinentes à ma pratique	4 (10,00)	15 (37,50)	21 (52,50)
11. Il y a une dimension religieuse/spirituelle au travail que je fais	7 (17,50)	11 (27,50)	22 (55,00)
*12. Je refuse de travailler avec le système de croyances religieuses/spirituelles du client s'il diffère du mien	0 (0,00)	2 (5,00)	38 (95,00)

La faisabilité d'intégrer la religion et la spiritualité dans votre pratique

1. J'ai suffisamment de temps pour évaluer les antécédents religieux/spirituel des clients ²	18 (46,15)	7 (17,95)	14 (35,90)
2. J'ai assez de temps pour identifier les forces ou les difficultés potentielles liées à la religion/spiritualité des clients ²	17 (43,59)	9 (23,07)	13 (33,33)
*3. Mon principal lieu d'exercice ne soutient pas l'intégration de la religion/spiritualité dans la pratique ²	8 (20,51)	15 (38,46)	16 (41,03)
*4. Je ne dispose pas d'assez de temps pour penser à incorporer dans la pratique une approche qui intègre la religion/spiritualité ²	14 (35,90)	8 (20,51)	17 (43,59)
5. Malgré les différents paramètres qui doivent être considérés en intervention, je trouve du temps pour intégrer la religion/spiritualité des clients s'ils manifestent leur intérêt ²	6 (15,38)	8 (20,51)	25 (64,10)
6. J'ai été formé adéquatement pour intégrer la religion/spiritualité de mes clients en intervention ¹	29 (76,31)	7 (18,42)	2 (5,26)

À quelle fréquence intégrez-vous actuellement la religion et la spiritualité dans la pratique ?	Jamais/ Rarement n (%)	Une partie du temps n (%)	Souvent/ Très souvent n (%)
1. Je fais appel à de la supervision professionnelle concernant la façon d'aborder les problématiques religieuses/spirituelles des clients en intervention ²	35 (89,74)	3 (7,69)	1 (2,56)
2. Je lis sur des façons d'intégrer la religion/spiritualité des clients pour guider les décisions de ma pratique ²	30 (76,92)	6 (15,38)	3 (7,69)
3. Je lis sur les résultats de recherche concernant la religion/spiritualité et leur relation avec la santé pour guider les décisions de ma pratique ²	33 (84,62)	3 (7,69)	3 (7,69)
4. J'implique les clients dans la prise de décisions à savoir si leurs croyances religieuses/spirituelles devraient être intégrées dans notre travail ensemble ²	15 (38,46)	9 (23,08)	15 (38,46)
5. J'utilise des interventions soutenues empiriquement qui décrivent spécifiquement comment intégrer la religion/spiritualité du client en intervention ²	32 (82,05)	6 (15,38)	1 (2,56)
6. J'effectue une évaluation biopsychosociale spirituelle complète avec chacun des clients ²	26 (66,67)	6 (15,38)	7 (17,95)
7. Je mets les clients en contact avec des ressources religieuses/spirituelles lorsque cela peut potentiellement les aider (ex. : matériel de lecture religieux/spirituels, consultation spirituelle, coordonnées du clergé local ou une place de prière ou lieu de culte) ²	24 (61,54)	7 (17,95)	8 (20,51)
8. J'aide les clients à considérer de quelles façons leur système de soutien spirituel/religieux peut les aider ²	16 (41,03)	15 (38,46)	8 (20,51)
9. J'aide les clients à réfléchir sur la signification et le but religieux/spirituel de leur situation de vie actuelle ²	20 (51,28)	14 (35,90)	5 (12,82)

¹ n = 38 ; ² n = 39 ; * Items avec scores inversés

